

IX LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

IX Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

IX Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria

Fecha de publicación: 20 de septiembre de 2023

1ª Edición

© CienciaSanitaria.es, 2020

© De los textos: sus autores

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Todos los autores han asegurado a CienciaSanitaria.es cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo CienciaSanitaria.es ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la práctica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-19560-86-5

Al ser un libro electrónico digital, no requiere depósito legal.

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	RINITIS ALÉRGICA: SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	3
2	APLICACIÓN DEL MODELO LEAN HEALTHCARE Y HERRAMIENTAS DE BUSINESS PROCESS AUTOMATION (BPA) PARA LA REDUCCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA: REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO DANIEL ANDRÉ RIVERA AQUIJE	9
3	GUÍA DE INGRESO EN PACIENTES EN MEDICINA INTERNA JULIA PÉREZ NIETO Y ARIANA ESTEFANÍA PAUNERO MOREJÓN	13
4	INDUCCIÓN DE ANESTESIA GENERAL Y PAPEL DE ENFERMERÍA EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES, BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ, ROCIO DIAZ GUZMAN, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO Y MARIA ROSA MARTINEZ HARO	17
5	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA CARDIACA EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES, BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ, ROCIO DIAZ GUZMAN, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO Y MARIA ROSA MARTINEZ HARO	23
6	INTERVENCIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA AROA DÍAZ REY	27
7	DETECCIÓN DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA AROA DÍAZ REY	35

8	INTERVENCIÓN BREVE EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL AROA DÍAZ REY	43
9	CICATRICES HIPERTROFICAS Y QUELOIDES EN DERMATOLOGÍA TAMARA PALOMINO MARTIN, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA, MIRIAM CASARES BENITO Y LORENA DIAZ LOPEZ	51
10	ENFERMERÍA ANTE LOS BEBES RECIEN NACIDOS DE PACIENTES ADICTAS A LAS DROGAS LAURA TORRES PANCORBO, CARMEN ROMERO NAHARRO, JULIANA HORTELANO HORTELANO, LLANOS LOPEZ MORA Y ELENA CANTÓ GARCÍA	57
11	EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA LAURA TORRES PANCORBO, CARMEN ROMERO NAHARRO, JULIANA HORTELANO HORTELANO, LLANOS LOPEZ MORA Y ELENA CANTÓ GARCÍA	63
12	ENCEFALOPATÍA DE SÍNDROME NEUROLÓGICO Y LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA JULIANA HORTELANO HORTELANO, LAURA TORRES PANCORBO, ELENA CANTÓ GARCÍA, LLANOS LOPEZ MORA Y CARMEN ROMERO NAHARRO	67
13	LÁSER DE DIÓXIDO DE CARBONO EN DERMATOLOGÍA HOSPITALARIA TAMARA PALOMINO MARTIN, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA, MIRIAM CASARES BENITO Y LORENA DIAZ LOPEZ	71
14	CRIOTERAPIA CON NITRÓGENO LÍQUIDO EN LESIONES CUTÁNEAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA TAMARA PALOMINO MARTIN, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA, MIRIAM CASARES BENITO Y LORENA DIAZ LOPEZ	79

15 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	
ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO	85
16 ENFERMERÍA: LITIASIS RENAL	
ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO	91
17 LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES POR PARTE DE ENFERMERÍA	
CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA, MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO Y ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS	97
18 MANEJO POR ENFERMERÍA DEL DELIRIO EN UN PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA, MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO Y ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS	103
19 ENFERMERÍA EN EL CUIDADOS DE PACIENTES PARA QUE NO SE LE FORME TROMBOFLEBITIS	
MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS Y CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA	109
20 PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR GOLPE DE CALOR Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
DANIEL LOPEZ REY FORTUNA, GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ Y JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA	113

- 21 PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
DANIEL LOPEZ REY FORTUNA, GONZALO MARTINEZ MARTINEZ,
RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ Y
JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA 117
- 22 HIGIENE, ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN: CONCEPTOS BÁSICOS DE TODA CIRUGÍA**
MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, VICTOR JOSE
SANCHEZ GIMENEZ, MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES,
ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS
TOLEDO 121
- 23 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ACTIVIDAD FÍSICA Y ENFERMERÍA**
MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, VICTOR JOSE
SANCHEZ GIMENEZ, MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES,
ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS
TOLEDO 125
- 24 ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA SEDACIÓN DEL PACIENTE**
CARMEN MUÑOZ GUZMÁN, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO,
RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ Y ESTER
GARCÍA CEBRIÁN 129
- 25 ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL**
CARMEN MUÑOZ GUZMÁN, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO,
RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ Y ESTER
GARCÍA CEBRIÁN 135
- 26 LA IMPORTANCIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DE ATENUAR EL DOLOR A TRAVÉS DEL JUEGO POR ENFERMERÍA**
MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, VICTOR JOSE
SANCHEZ GIMENEZ, MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES,
ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS
TOLEDO 139

27	ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES ANCIANOS INTERVENIDOS CON CIRUGÍA DE ARTROPLASTIA MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ, ESTER GARCÍA CEBRIÁN Y CARMEN MUÑOZ GUZMÁN	143
28	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ORTOGERIÁTRICO MARÍA TERESA GARCÍA VÁZQUEZ Y CLARA ROSA QUINTANA FERNÁNDEZ	147
29	ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES ADICTOS A LA DROGA GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ, JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA Y DANIEL LOPEZ REY FORTUNA	151
30	FARMACOLOGÍA ANTIULCEROSA ÁNGEL RAMÓN AYALA RODRIGO	155
31	LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES DON DIABETES MELLITUS TIPO 2. EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ Y ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS	163
32	CHUPETE EN EL RECIÉN NACIDO Y POBLACIÓN PEDIÁTRICA PAULA HERRÁIZ PINO, ANDREA GÁLLEGO ALISES, MARIA ISABEL SOLERA ABAD, EVA ALONSO GUADAMILLAS Y MARÍA CHICANO MARTÍNEZ	167
33	IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA DIABETES PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO CELIA ARROYO MOLINA, NATALIA AMATE ESCABIAS, ALBA LÓPEZ MARTIN, LAURA VARGAS BEAMUD Y BLANCA HERRERO ALCAIDE	171
34	FASE PREANALÍTICA DE RECOGIDA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS DE SANGRE VENOSA EN ADULTOS POR ENFERMERÍA CLARA ROSA QUINTANA FERNÁNDEZ Y MARÍA TERESA GARCÍA VÁZQUEZ	177

35	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES (CVC) ALICIA MANRIQUE RUIZ, ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO, LAURA GARCÍA PUÑAL Y FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA	185
36	TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA, UNA OPORTUNIDAD PARA LA ENFERMERÍA ALICIA MANRIQUE RUIZ, ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO, LAURA GARCÍA PUÑAL Y FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA	191
37	LA ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS TRANSFUSIONES ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO, LAURA GARCÍA PUÑAL, FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA Y ALICIA MANRIQUE RUIZ	199
38	PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO A TRAVÉS DEL CALZADO CLAUDIA LERIN PEREZ, SARAY JIMENEZ ALAVA, LAURA LOPEZ BLASCO, MARIA LASHERAS CACHO Y VERONICA DÍAZ ROSILLO	203
39	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SECUNDARIAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EN PACIENTES CRÍTICOS ISABEL RUESCAS CALLEJA, MARIA LUISA ROMERO ALONSO Y DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES	219
40	FRACTURA DE CADERA JORGE ARIBAS GARCÍA	227
41	MOXIBUSTIÓN EN EL EMBARAZO PARA CORREGIR LA PRESENTACIÓN NO CEFÁLICA EVA ALONSO GUADAMILLAS, MARÍA CHICANO MARTÍNEZ, MARIA ISABEL SOLERA ABAD, PAULA HERRÁIZ PINO Y ANDREA GÁLLEGO ALISES	233

42 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON CISTITS	
JOSE LUIS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA, NURIA GOMEZ JARILLO Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	237
43 PROCESO DE CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PUERPERIO QUIRÚRGICO	
JOSE LUIS MOLINA INIESTA, NURIA GOMEZ JARILLO, JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	241
44 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE POLIMEDICADO	
JOSE LUIS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, NURIA GOMEZ JARILLO, CARLOS MOLINA INIESTA Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	245
45 ACTUACIÓN ANTE COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO EN LA LACTANCIA MATERNA	
MARÍA CHICANO MARTÍNEZ, EVA ALONSO GUADAMILLAS, MARIA ISABEL SOLERA ABAD, PAULA HERRÁIZ PINO Y ANDREA GÁLLEGO ALISES	249
46 ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA	
ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN, NURIA BARON ALMANSA, MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA	255
47 MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LAS ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS PROCEDENTES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	
ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN, NURIA BARON ALMANSA, MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA	259

48 ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN PACIENTES CON CATÉTER CENTRAL PERIFÉRICO	
NURIA BARON ALMANSA, MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA Y ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN	265
49 TAREAS DE LA ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA	
ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, CRISTINA DONAIRE RIVERA Y CAROLINA CAMPOS PÉREZ	269
50 TAREAS DEL ENFERMERO EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, CRISTINA DONAIRE RIVERA Y CAROLINA CAMPOS PÉREZ	273
51 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL ALTA HOSPITALARIA DEL PACIENTE	
ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, CRISTINA DONAIRE RIVERA Y CAROLINA CAMPOS PÉREZ	277
52 IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL BEBÉ	
BELÉN GARCÍA CUETO Y CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ	281
53 ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN EL MANEJO DE LA MUJER CON DIABETES GESTACIONAL	
BELÉN GARCÍA CUETO Y CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ	287
54 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
LAURA CLIMENT SUÁREZ Y GEMMA FERNANDEZ PARDO	291
55 TRATAMIENTO DEL ENFERMERO ANTE LA CALCIFILAXIS	
GEMMA FERNANDEZ PARDO Y LAURA CLIMENT SUÁREZ	295

- 56 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS Y EL PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA**
AZALEA ESTEBAN LÓPEZ, FRANCISCO CALDERON BARQUERO,
NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ
Y GUILLERMO BIELSA ALCAIDE 299
- 57 MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO EN ENFERMERÍA**
ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA
MATITO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA, VANESA LÓPEZ DEL PRADO
PARDO Y IRENE CAMACHO RODRIGUEZ 303
- 58 EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES DESDE CENTROS DE SALUD**
MARIA LUISA ROMERO ALONSO, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y
DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES 309
- 59 ENFERMERÍA Y LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULAR: UNA EPIDEMIA EN EL SIGLO XXI**
NEREA CABALLERO CALERO, TAMARA OLIVA LEÓN, JOSE LUIS
MARTINEZ GOMEZ, DAVID FUENTES FERNANDEZ Y MOHAMED EL
AZZOUZI NASSIRI 313
- 60 CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN ELÉCTRICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
NEREA CABALLERO CALERO, TAMARA OLIVA LEÓN, JOSE LUIS
MARTINEZ GOMEZ, DAVID FUENTES FERNANDEZ Y MOHAMED EL
AZZOUZI NASSIRI 317
- 61 ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN**
JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ, TAMARA OLIVA LEÓN, DAVID
FUENTES FERNANDEZ, MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI Y NEREA
CABALLERO CALERO 325
- 62 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO,
MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ
CAÑAMARES Y JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO 329

63	EDUCACIÓN TERAPÉUTICA A CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	335
64	IDENTIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADOS Y PRÁCTICAS CLÍNICAS EN MUJERES DE CÁNCER DE MAMA CON LINFEDEMA LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ, SARA CASTELLANOS CASTRO, CRISTINA SERRANO MOVILLA, MONTSERRAT COMINO BRUNNER Y ELSA MOLINERO CASTAÑEDA	339
65	MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA ELSA MOLINERO CASTAÑEDA, LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ, SARA CASTELLANOS CASTRO, CRISTINA SERRANO MOVILLA Y MONTSERRAT COMINO BRUNNER	345
66	PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON SONDAGE VESICAL TRAS PRESENTAR UNA RETENCION URINARIA AMPARO GOMEZ ESPINOSA, ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA MATITO, VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO Y IRENE CAMACHO RODRIGUEZ	349
67	SUTURAS EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO	353
68	DIABETES MELLITUS EN INMIGRANTES. COMPETENCIAS TRANSCULTURALES EN EL ÁMBITO ENFERMERO VIRGINIA TAJUELO FLORES, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, ANA TRUEBA GONZÁLEZ, ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	359
69	LA NUTRICIÓN COMO TERAPIA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ANA TRUEBA GONZÁLEZ, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	367

70	LOS EFECTOS DE LA DIETA CETOGÉNICA EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD ANA TRUEBA GONZÁLEZ, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	373
71	LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO, ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA MATITO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA Y IRENE CAMACHO RODRIGUEZ	381
72	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO NOELIA CABEZA GARROTE, SARA PAJARON BUENACHE, PATRICIA MELERO ALEGRIA, DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ Y CARLA GEOVANNA LEVER	385
73	EFFECTIVIDAD DE LOS GRUPOS DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDOS POR ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y MARIA LUISA ROMERO ALONSO	389
74	EL DIPLOMADO/A DE ENFERMERÍA EN LA ESPECIALIDAD DE MATRÓN/A ¿CUÁLES SON SUS PRINCIPALES FUNCIONES CON LA FUTURA MAMÁ? JOSE LUIS TOLMOS RIVERA	393
75	CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA SARA ALVAREZ DIAZ, ESTHER GONZÁLEZ NIETO Y MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA	397
76	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTE EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA. RECORRIDO HISTÓRICO LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN	403

- 77 REVISIÓN BIBLIOGRAFICA: SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTE DESDE LA PERSPECTIVA PERSONALISTA**
LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN 407
- 78 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA EN LA LABOR DE ENFERMERÍA**
LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN 411
- 79 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE INGRESADO POR NEUMONÍA BILATERAL**
ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ, AIXA CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE, BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ Y MARIA ISABEL RUS ORTEGA 415
- 80 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CATARATAS**
ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ, AIXA CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE, BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ Y MARIA ISABEL RUS ORTEGA 421
- 81 ACTUACIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**
NOELIA CABEZA GARROTE, SARA PAJARON BUENACHE, PATRICIA MELERO ALEGRIA, DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ Y CARLA GEOVANNA LEVER 425
- 82 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO DEL NEONATO**
ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ, AIXA CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE, BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ Y MARIA ISABEL RUS ORTEGA 429

83 ACTUACIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA CON LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER	
NOELIA CABEZA GARROTE, SARA PAJARON BUENACHE, PATRICIA MELERO ALEGRIA, DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ Y CARLA GEOVANNA LEVER	433
84 INFECCIONES URINARIAS EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL	
ESTHER GONZÁLEZ NIETO, SARA ALVAREZ DIAZ Y MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA	437
85 EFECTIVIDAD DEL AUTOCUIDADO EN EL PIE DIABÉTICO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: REVISIÓN SISTEMÁTICA	
SARA CASTELLANOS CASTRO, CRISTINA SERRANO MOVILLA, MONTSERRAT COMINO BRUNNER, ELSA MOLINERO CASTAÑEDA Y LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ	441
86 EL IMPACTO DEL CUIDADO INFORMAL EN LA SALUD: MUJERES CUIDADORAS	
SONIA BRICEÑO GARCÍA, LIRIA CHAMORRO RUFO, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	445
87 ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CONSUMIDOR DE COCAÍNA	
RICARDO MORALES RUIZ, BEATRIZ OEO DELGADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ Y SARA DÍAZ ÍÑIGO	451
88 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA TERAPIA COMPRESIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO	
CORAL GARCÍA GUIJARRO, TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, GONZALO ALARCÓN CARRERES, MARÍA DOLORES GALLEGU ROSA Y MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA	455
89 FIBRILACIÓN AURICULAR ORIENTADA A LA ENFERMERÍA	
ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA, SARA BASCUÑANA NIETO Y MARIA RUIZ HOLGADO	461

- 90 INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ENCOPRESIS**
ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA, SARA BASCUÑANA NIETO Y MARIA RUIZ HOLGADO 467
- 91 INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ENCOPRESIS**
ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA, SARA BASCUÑANA NIETO Y MARIA RUIZ HOLGADO 471
- 92 INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ENURESIS**
ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA, SARA BASCUÑANA NIETO Y MARIA RUIZ HOLGADO 475
- 93 CAUSAS Y SITUACIONES ESPECIALES QUE MODIFICAN EL INR EN EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES**
MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA, ESTHER GONZÁLEZ NIETO Y SARA ALVAREZ DIAZ 479
- 94 CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA AL PACIENTE PORTADOR DE SONDA VESICAL PERMANENTE. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, MARÍA DOLORES GALLEGO ROSA, GONZALO ALARCÓN CARRERES, CORAL GARCÍA GUIJARRO Y MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA 483
- 95 PLAN DE CUIDADOS: PACIENTE SOMETIDO A PANCREATECTOMÍA TOTAL (CLASIFICACIÓN NANDA, NOC Y NIC)**
FRANCISCO MAROTO ESTRADA, JAVIER MARTÍN MACÍAS, LAURA CAMACHO CUESTA, JULIA LERIDA CAMUÑAS Y NATALIA MARTÍN MACÍAS 491

96	CASO CLÍNICO: CURA DE EIPITELIOMA BASOCELULAR EN PABELLÓN AURICULAR MEDIANTE BLASTOESTIMULINA Y AQUACEL AG CELIA JAÉN CAMPOS	497
97	RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADO DE LOS PIES EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA LAURA LOPEZ BLASCO, CLAUDIA LERIN PEREZ, SARAY JIMENEZ ALAVA, VERONICA DÍAZ ROSILLO Y MARIA LASHERAS CACHO	501
98	LA SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA Y LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA LAURA VARGAS BEAMUD, CELIA ARROYO MOLINA, ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS Y BLANCA HERRERO ALCAIDE	505
99	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN LAURA VARGAS BEAMUD, ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y CELIA ARROYO MOLINA	509
100	ÚLCERAS POR PRESIÓN: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA JULIA LERIDA CAMUÑAS, FRANCISCO MAROTO ESTRADA, JAVIER MARTÍN MACÍAS, NATALIA MARTÍN MACÍAS Y LAURA CAMACHO CUESTA	513
101	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CURA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO	519
102	ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA: COMPLICACIONES Y LAS REACCIONES DEL PACIENTE MÁS FRECUENTES AL TRATAMIENTO RADIOTERAPEÚTICO BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO	523
103	INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS EN EL PIE DIABÉTICO ANA SÁNCHEZ ROSILLO, NOELIA VARGAS MUÑOZ, EVA ALONSO MORALES, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA Y NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS	527

104 FLEBOTOMÍAS, CONTROL DEL DOLOR EN PEDIATRÍA	
EVA ALONSO MORALES, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA, NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS, ANA SÁNCHEZ ROSILLO Y NOELIA VARGAS MUÑOZ	531
105 INHALADORES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	
EVA ALONSO MORALES, NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA, NOELIA VARGAS MUÑOZ Y ANA SÁNCHEZ ROSILLO	535
106 CAUSAS, TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES AL PACIENTE ADULTO CON DÉFICIT DE HIERRO	
VERONICA DÍAZ ROSILLO, MARIA LASHERAS CACHO, SARAY JIMENEZ ALAVA, LAURA LOPEZ BLASCO Y CLAUDIA LERIN PEREZ	539
107 ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CARNES ROJAS Y CÁNCER COLORRECTAL, UNA REVISIÓN POR ENFERMERÍA	
VIRGINIA MERINO GARCIA, FRANCISCO LÓPEZ CANO, ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA Y JULIA CASTELLANOS FRANCO	545
108 LA CONFIDENCIALIDAD EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	
NAIRA CORDERO GUTIÉRREZ	549
109 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ANGINA DE PECHO	
ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ, CAMILA MARÍA TERCERO ABAD Y MARINA MORALES QUIRALTE	553
110 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUE SE SOMETE A UN CATETERISMO	
ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ, CAMILA MARÍA TERCERO ABAD Y MARINA MORALES QUIRALTE	557

111 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUE SE LE COLOCA UN MARCAPASOS ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ, CAMILA MARÍA TERCERO ABAD Y MARINA MORALES QUIRALTE	561
112 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	565
113 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA HIPONATREMIA JULIA CASTELLANOS FRANCO, VIRGINIA MERINO GARCIA, DAVID RONCERO GARCIA, ALEXANDRA LAZAR Y FRANCISCO LÓPEZ CANO	569
114 LACTATO COMO PRONOSTICADOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES SÉPTICOS Y SU PRONTA DETECCIÓN POR ENFERMERÍA FRANCISCO LÓPEZ CANO, VIRGINIA MERINO GARCIA, ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA Y JULIA CASTELLANOS FRANCO	575
115 EJERCICIO FÍSICO EN EL EMBARAZO LAURA CAMACHO CUESTA, FRANCISCO MAROTO ESTRADA, JAVIER MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS Y NATALIA MARTÍN MACÍAS	581
116 MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, CARLOS VERA HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA	587
117 PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO VERONICA DÍAZ ROSILLO, LAURA LOPEZ BLASCO, MARIA LASHERAS CACHO, CLAUDIA LERIN PEREZ Y SARAY JIMENEZ ALAVA	593

- 118 RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS.**
LAURA LOPEZ BLASCO, SARAY JIMENEZ ALAVA, MARIA LASHERAS CACHO, CLAUDIA LERIN PEREZ Y VERONICA DÍAZ ROSILLO 597
- 119 LA TERAPIA INMUNOSUPRESORA EN UN PACIENTE CON TRASPLANTE CARDÍACO. EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL PULGAR, CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO, ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO 601
- 120 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA DE DEBUT LINFEDEMA**
CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO, MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL PULGAR, ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO 605
- 121 EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LAS PRUEBAS ESPECIALES DE DIGESTIVO**
MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARTA DE BODAS DEL CERRO Y ESTELA CID SANCHEZ 609
- 122 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARTA DE BODAS DEL CERRO Y ESTELA CID SANCHEZ 613
- 123 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LAS SALAS DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA**
MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARTA DE BODAS DEL CERRO Y ESTELA CID SANCHEZ 617

- 124 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS**
MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARMEN MARÍA BRAVO
FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, CARLOS VERA
HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 621
- 125 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. INVESTIGACIÓN Y EXPOSICIÓN DE CANALIZACIÓN DE UNA VÍA PERIFÉRICA**
ANTONIO GALIANO JURADO, CARMEN SANCHEZ MONTAÑES
MARTIN POZUELO, LAURA ANDARIAS MORALEDA, ANA MARÍA
FERNÁNDEZ MORENO Y VANESA RODRÍGUEZ CETINA 635
- 126 ALIVIO DEL DOLOR NO FARMACOLÓGICO EN PEDIATRÍA**
MARIA HORNA MARTINEZ 639
- 127 ENFERMERÍA EN LA DIABETES MELLITUS**
MARÍA JOSE GABALDON CUENCA, ADELA BLÁZQUEZ MORENO,
CARMEN SANCHEZ QUINTANILLA Y JOSÉ FRANCISCO OVIEDO
OVIEDO 647
- 128 TABAQUISMO. EFECTOS Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARMEN MARÍA BRAVO
FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, CARLOS VERA
HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 651
- 129 EL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA EN EL DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS Y LOS DISTINTOS TIPOS DE CURAS**
MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ, LORENA GUTIÉRREZ SAN
CLEMENTE, BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS, SARA POZO
SANTIAGO Y JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA 659
- 130 VALORACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS ANTE UNA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO**
MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ, JENNY DEL ROSARIO RAMOS
CHIPANA, SARA POZO SANTIAGO, BELEN MARTÍNEZ
GARCÍA-NAVAS Y LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE 665

131 LA ASISTENCIA SANITARIA POR PARTE DE LA ENFERMERA ANTE PACIENTES GERIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ, BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS, LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE, JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA Y SARA POZO SANTIAGO	671
132 LA PRESIÓN ARTERIAL BEGOÑA FERNÁNDEZ LINDE	677
133 LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER ES UNA DE LAS DEMENCIAS MÁS COMUNES EN LAS PERSONAS MAYORES BEGOÑA FERNÁNDEZ LINDE	681
134 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL GEMA BOTELLA ANDÚJAR, ANA MARÍA REOLID EGIDO Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO	685
135 LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN M ^a ADELA GARCIA MENENDEZ	689
136 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	693
137 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	697
138 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	701

- 139 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD DE NEONATOLOGÍA
NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO
GONZÁLEZ, MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, MARÍA LÓPEZ
CABAÑERO Y M JOSE BONILLA DELGADO 705
- 140 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD DE URGENCIAS
NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO
GONZÁLEZ, MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, MARÍA LÓPEZ
CABAÑERO Y M JOSE BONILLA DELGADO 709
- 141 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
PLANTA DE GINECOLOGÍA
NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO
GONZÁLEZ, MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, MARÍA LÓPEZ
CABAÑERO Y M JOSE BONILLA DELGADO 713
- 142 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
ANGELA CLAUDIA NICOLAIESCU 717
- 143 ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP), TIPOS DE ESCALAS Y PREVENCIÓN
BEATRIZ ANGULO PEINADO 721
- 144 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y SUS FUNCIONES A REALIZAR EN ATENCIÓN PRIMARIA
MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ, SILVIA JOVER SABARIEGOS,
JENNIFER PEREZ HERRERA, ELENA GÓMEZ PALOMO Y ROCIO
ROJO MERCHAN 727
- 145 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA APLICACIÓN DE FRÍO O CRIOTERAPIA
LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ, MARIA JOSE GONZALEZ
CAMACHO, MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ,
ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN Y MARTA GARCÍA SÁNCHEZ 731

146	LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A LOS PACIENTES EN ESTADO TERMINAL MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO, MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ, ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ Y LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ	735
147	CUIDADOS DE SALUD DE LA MUJER GESTANTE EN LA HIGIENE DESDE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ Y EVA CAMAÑO GALLEGO	741
148	PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO RAQUEL PORTAS RIOS	745
149	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL NEONATO GEMA BOTELLA ANDÚJAR, ANA MARÍA REOLID EGIDO Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO	749
150	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS GEMA BOTELLA ANDÚJAR, ANA MARÍA REOLID EGIDO Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO	753
151	LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO M ^a ADELA GARCIA MENENDEZ	757
152	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ODONTOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO VANESSA LÓPEZ AGUILAR, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA, ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS, MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES MUÑOZ	763

- 153 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD. LA RELEVANCIA DEL REGISTRO Y DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**
VANESSA LÓPEZ AGUILAR, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA, ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS, MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES MUÑOZ 767
- 154 **PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON RESPECTO A LA RESONANCIA MAGNÉTICA**
VANESSA LÓPEZ AGUILAR, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA, ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS, MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES MUÑOZ 773
- 155 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL**
SONIA DELFA MALDONADO Y ANA BELEN ALMANSA GONZALEZ 777
- 156 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL**
JAIME PONCE ALFARO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, MARIA CORTES MOLINA TORRALBA Y FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO 781
- 157 **TUBERCULOSIS HUMANA. UNA PERSISTENTE AMENAZA GLOBAL**
REGINA CONDE GONZÁLEZ 785
- 158 **ERGONOMÍA APLICADA AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, JAIME PONCE ALFARO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, MARIA CORTES MOLINA TORRALBA Y FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO 791

159	LA IMPORTANCIA DEL LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	795
	AZUCENA GOMEZ MIGUEL	
160	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	799
	ANGELES SANCHEZ MESEGUER, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANA CELIA MENDOZA ARCAS, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA MARTÍNEZ CARPENA	
161	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN	803
	ANGELES SANCHEZ MESEGUER, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANA CELIA MENDOZA ARCAS, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA MARTÍNEZ CARPENA	
162	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS	809
	ANGELES SANCHEZ MESEGUER, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANA CELIA MENDOZA ARCAS, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA MARTÍNEZ CARPENA	
163	LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA OXIGENOTERAPIA	813
	MARIA JOSÉ CRUZ BARATO, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, LAURA GARCIA NAVARRO, PAULA GARCÍA MARTÍNEZ Y GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL	
164	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO	817
	MARIA JOSÉ CRUZ BARATO, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, LAURA GARCIA NAVARRO, PAULA GARCÍA MARTÍNEZ Y GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL	

- 165 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS**
MARIA JOSÉ CRUZ BARATO, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, LAURA GARCIA NAVARRO, PAULA GARCÍA MARTÍNEZ Y GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL 821
- 166 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO**
MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ, ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ Y MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO 825
- 167 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PIE DIABÉTICO**
NURIA CEPEDAL FERRER 829
- 168 IMPLICACIONES DEL ESTRÉS LABORAL EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL**
PILAR LÓPEZ BRAÑA, ANGELA QUIROGA CASTELLANOS, DAVID SUÁREZ GONZÁLEZ, NURIA SANTOS FERNÁNDEZ Y SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ 833
- 169 EL TÉCNICO/A DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A TRAUMATISMOS**
JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN, CATALINA MORENO BRAVO, SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, LORENA ROCIO CECA TAMUREJO Y ASUNCION GONZALEZ TORRES 839
- 170 CORRECTO USO DE LOS INHALADORES EN EL HOSPITAL. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
EMÉRITA ALLENDE ELVIRA 843
- 171 LA LACTANCIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN, CATALINA MORENO BRAVO, SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, LORENA ROCIO CECA TAMUREJO Y ASUNCION GONZALEZ TORRES 849

- 172 LA MOVILIZACIÓN Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN, CATALINA MORENO BRAVO,
SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, LORENA ROCIO CECA
TAMUREJO Y ASUNCION GONZALEZ TORRES 853
- 173 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU FUNCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS**
ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA, ISABEL MATA ESCRIBANO,
MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ, ESTER MORENO MORA Y MARÍA
DEL PRADO MOLINA CLEMENTE 857
- 174 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PLANTA MEDICINA INTERNA**
M^a NIEVES CUTANDA GARCIA, NOHELIA ESTHER FERRUFINO
ARRIAGA, FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ, MERCY DEL ROCIO
CHAVEZ ROMERO Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 861
- 175 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)**
CORAL PARRA QUINTANILLA 865
- 176 ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP). CONCEPTOS Y CÓMO ACTUAR PARA PREVENIR Y SU TRATAMIENTO**
SOLEDAD PONCE PEÑARRUBIA 869
- 177 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE UÑAS Y PIES DEL PACIENTE. FUNCIONES DEL TCAE DURANTE LOS CUIDADOS ASISTENCIALES EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO**
ROSA CARO GARCÍA, MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ, CARMEN
CÁRDENAS LARA Y GEMA ILLESCAS 873
- 178 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN. FUNCIONES DEL TCAE REALIZADAS EN EL TURNO DE MAÑANA**
MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ, CARMEN CÁRDENAS LARA, GEMA
ILLESCAS Y ROSA CARO GARCÍA 877

- 179 **TÉCNICA PARA LEVANTAR A UNA PACIENTE CON LA AYUDA DE UN ELEVADOR HIDRÁULICO. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON LA GRÚA HIDRÁULICA**
CARMEN CÁRDENAS LARA, GEMA ILLESCAS, ROSA CARO GARCÍA Y MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ 881
- 180 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS CORPORALES DEL RECIÉN NACIDO**
CORAL PARRA QUINTANILLA 885
- 181 **ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO**
JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA 889
- 182 **LA HIGIENE Y CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO Y DEL ADULTO**
MONTSERRAT FREAZA VEIGA 893
- 183 **EL ALCOHOLISMO Y EL APOYO DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA**
VANESA FERNÁNDEZ DACRUZ 897
- 184 **ESTRÉS EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL: UNA EPIDEMIA CRECIENTE**
MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ALONSO, LAURA LLERA DIAZ, LILIANA LÓPEZ PASTOR, MARGARITA GÓMEZ FERNÁNDEZ Y ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO 901
- 185 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO**
MARIA CORTES MOLINA TORRALBA, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA Y FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO 907
- 186 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE EXTRACCIONES HOSPITALARIA**
SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, LAURA ZARZA AVILA Y FELICIDAD MEZCUA LOPEZ 911

- 187 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, LAURA ZARZA AVILA Y FELICIDAD MEZCUA LOPEZ **915**
- 188 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PRUEBAS DE DIGESTIVO**
SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ, LAURA ZARZA AVILA Y FELICIDAD MEZCUA LOPEZ **919**
- 189 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU CONOCIMIENTO EN LA ESCALA DE HECES**
ARMANDO MARTÍN AMBROSIO, MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN, CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO TOMAS Y CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ **923**
- 190 CÓMO FUNCIONA LOS ENEMAS EN LOS PACIENTES Y CÓMO SE ADMINISTRA POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA**
ARMANDO MARTÍN AMBROSIO, MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN, CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO TOMAS Y CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ **927**
- 191 LAS FUNCIONES DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA PARTE DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO TOMAS, CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ, ARMANDO MARTÍN AMBROSIO Y MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN **931**
- 192 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE GINECOLOGÍA**
ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA, NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO, DIEGO LÓPEZ PONCE Y TAMARA BERTOL GÓMEZ **935**

- 193 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A UN PACIENTE CON ALIMENTACIÓN CON Sonda NASOGÁSTRICA**
ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA, NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO, DIEGO LÓPEZ PONCE Y TAMARA BERTOL GÓMEZ 939
- 194 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA, NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO, DIEGO LÓPEZ PONCE Y TAMARA BERTOL GÓMEZ 943
- 195 ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UN PACIENTE QUE SUFRE UN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)**
ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, LUCIA PELAEZ NUÑEZ, LORENA CÉSPEDES SIERRA Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 947
- 196 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA EN EL CONTROL DE LA DIURESIS DE UN PACIENTE**
ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, LUCIA PELAEZ NUÑEZ, LORENA CÉSPEDES SIERRA Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 951
- 197 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA A UN PACIENTE HOSPITALIZADO**
ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, LUCIA PELAEZ NUÑEZ, LORENA CÉSPEDES SIERRA Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 955
- 198 CUIDADOS POSTMORTEM DESDE EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ, MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ Y EVA CAMAÑO GALLEG0 959

199 LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ Y EVA CAMAÑO GALLEG0	963
200 LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA Y LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
ELENA ROPERO MUELA, DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES Y ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ	967
201 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DESGARRO EN LA PIEL	
ELENA ROPERO MUELA, DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES Y ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ	971
202 LA MANERA DE TRATAR A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES, ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ Y ELENA ROPERO MUELA	975
203 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE DIABÉTICO	
ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, BEATRIZ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO Y ROCIO GUTIERREZ CARRASCO	979
204 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL	
ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, BEATRIZ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO Y ROCIO GUTIERREZ CARRASCO	985

205	INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIACOS BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO, ROCIO GUTIERREZ CARRASCO Y ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ	989
206	CUIDADOS AL PACIENTE ANCIANO POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) ISABEL MATA ESCRIBANO, MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ, ESTER MORENO MORA, MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE Y ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA	993
207	CUIDADO DE LA TRAQUEOTOMÍA EN EL PACIENTE, EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EVA MARIA ALARCON AVELLANO, CATALINA ALMENDROS MESIAS Y MARTA QUIRÓS CAÑAS	997
208	NOCIONES SOBRE LA DIABETES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EVA MARIA ALARCON AVELLANO, MARTA QUIRÓS CAÑAS Y CATALINA ALMENDROS MESIAS	1001
209	EL PACIENTE HIPERTENSO Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARTA QUIRÓS CAÑAS, CATALINA ALMENDROS MESIAS Y EVA MARIA ALARCON AVELLANO	1005
210	LA ENFERMEDAD DE COVID 19: UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE CAUSAN MAYOR MORTALIDAD EN EL SIGLO XXI BEGOÑA FERNÁNDEZ LINDE	1009
211	TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA MARTA GOMEZ ROJAS, MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN, ANA MARÍN MUNUERA Y MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO	1013

- 212 TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PREPARACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES**
MARTA GOMEZ ROJAS, MARIA ESTRELLA SANCHEZ
CORROCHANO, ANA MARÍN MUNUERA, MARIA ISABEL BAÑARES
GÓMEZ Y MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN 1017
- 213 TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CITOTÓXICOS**
MARTA GOMEZ ROJAS, MARIA ESTRELLA SANCHEZ
CORROCHANO, ANA MARÍN MUNUERA, MARIA ISABEL BAÑARES
GÓMEZ Y MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN 1021
- 214 LOS ACCIDENTES LABORALES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS: MEDIDAS PREVENTIVAS QUE DEBE TOMAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA EVITARLOS**
SONIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 1025
- 215 ATENCIÓN DE CALIDAD AL ANCIANO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
BELEN TORRESANO MOTA, SARA RIVERO CARMONA, DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ Y ISABEL CASTILLO PASCUAL 1029
- 216 LA SONDA NASOGÁSTRICA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
BELEN TORRESANO MOTA, SARA RIVERO CARMONA, DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ Y ISABEL CASTILLO PASCUAL 1033
- 217 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS QUEMADURAS**
DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ, ISABEL CASTILLO PASCUAL, BELEN TORRESANO MOTA Y SARA RIVERO CARMONA 1037

218	COMPETENCIAS EN TERAPIA FÍSICA Y TIPOLOGÍAS DE MOVIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	MIRIAM ORTIZ ORTIZ Y MARÍA ISABEL RUEDAS MOTA	1043
219	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TERMINALES	MARGARITA MARTINEZ ARMERO	1047
220	PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA	1051
221	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: PAPEL, ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	OLIVA VILAR BOTO Y SUSANA GUIJARRO TEIMIL	1055
222	CUIDADOS EN EL ENFERMO TERMINAL	LUCIA GONZALEZ FERNANDEZ	1059
223	EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES) EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	SERGIO ALCARAZ FERNÁNDEZ	1063
224	MANEJO POR PARTE DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	SERGIO ALCARAZ FERNÁNDEZ	1069
225	PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL	SERGIO ALCARAZ FERNÁNDEZ	1073
226	PAPEL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO	SERGIO ALCARAZ FERNÁNDEZ	1079

- 227 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON CÁLCULOS BILIARES**
MARÍA MARTÍN-FORERO MORA, GABRIELA-VALY BIRLEA,
PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN, LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE
Y SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ 1085
- 228 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**
MARÍA MARTÍN-FORERO MORA, GABRIELA-VALY BIRLEA,
PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN, SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ Y LUIS
MIGUEL AZAÑA MORCUENDE 1089
- 229 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO**
MARÍA MARTÍN-FORERO MORA, SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ,
GABRIELA-VALY BIRLEA, PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN Y LUIS
MIGUEL AZAÑA MORCUENDE 1093
- 230 AMORTAJAMIENTO DEL PACIENTE FALLECIDO. ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA CON UN ÉXITUS**
LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE, VANESA ROMAN SEGURA, M^a
ÁNGELES VERGARA GARZÓN Y ANTONIA MARTÍNEZ CANO 1099
- 231 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON TRAQUEOTOMÍA**
ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, GEMA COELLO, JUDIT
ESCUDERO RAMOS, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA DE
LA TORRE OSSORIO 1103
- 232 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN. LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
VANESA ROMAN SEGURA, M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN,
ANTONIA MARTÍNEZ CANO Y LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE 1107

- 233EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**
ESTELA SUAREZ CAO 1111
- 234EL FISIOTERAPEUTA ANTE LA INCONTINENCIA URINARIA**
CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, SILVIA VILLAR GOMEZ Y JESUS GARCÍA MORENO 1115
- 235ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES**
MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, NATALIA LOPEZ GARCIA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1119
- 236FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA EN EL PUERPERIO**
MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, NATALIA LOPEZ GARCIA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1123
- 237EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ARTROPLASTIA COMPLETA DE CADERA DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO**
MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, NATALIA LOPEZ GARCIA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1127
- 238EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y COMO EVITAR LA ENTRADA DE PATÓGENOS DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**
LAURA MARTÍNEZ CANTOS, MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA, CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO Y MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO 1131

- 239**LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS
FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA
LAURA MARTÍNEZ CANTOS, MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO
AVILA, CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO Y
MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO 1135
- 240**PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA Y EL CUIDADO DEL
TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO, MARIANGELES
IBÁÑEZ GUERRERO, LAURA MARTÍNEZ CANTOS Y MARÍA
CONCEPCIÓN TENDERO AVILA 1139
- 241**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA
DISFAGIA EN PACIENTES CON ACIDENTES CEREBRO VASCULAR
REMEDIOS LOZANO TALAVERA, EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO,
MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA Y LUCRECIA
FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO 1143
- 242**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL
MANEJO DE LA COLOSTOMIA
REMEDIOS LOZANO TALAVERA, EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO,
MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA Y LUCRECIA
FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO 1147
- 243**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL
PACIENTE ENCAMADO
REMEDIOS LOZANO TALAVERA, EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO,
MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA Y LUCRECIA
FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO 1151
- 244**HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ESTRELLA TALENS GONZALEZ, ANA M TORIJA BARRAGÁN Y ANA
ISABEL SORNICHERO ALARCÓN 1157

- 245EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA CON EL PACIENTE PALIATIVO: CUIDADOS DEL
PACIENTE EN ESTADO TERMINAL
ANTONIA MARTÍNEZ CANO, LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE,
VANESA ROMAN SEGURA Y M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN 1161
- 246EL RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS CON DEMENCIA
VASCULAR Y CÓMO PREVENIRLAS
FRANCISCO PÉREZ CAO Y MARTA VEGA GUTIÉRREZ 1165
- 247LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, ESTRELLA TALENS
GONZALEZ Y ANA M TORIJA BARRAGÁN 1169
- 248ENEMAS DE LIMPIEZA EN EL PACIENTE ENCAMADO Y EL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, GEMA COELLO, JUDIT
ESCUDERO RAMOS, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA DE
LA TORRE OSSORIO 1173
- 249CUIDADOS DEL PACIENTE CON OSTOMIA (HOSPITALIZADO)
POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE)
ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, GEMA COELLO, JUDIT
ESCUDERO RAMOS, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA DE
LA TORRE OSSORIO 1177
- 250EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
CUIDADO DEL PACIENTE CON OSTOMÍA DE ELIMINACIÓN
CORAL PARRA QUINTANILLA 1181
- 251COMPLICACIONES PARA LA SALUD POR CULPA DEL ESTRÉS EN
EL ÁMBITO LABORAL
FRANCISCO PÉREZ CAO 1185

- 252 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA**
TERESA SANCHEZ-DIEZMA, LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA,
CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ, EUGENIA PARDO DE LA CUADRA Y
LUCIA SANTOS ESCALONILLA 1189
- 253 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO**
MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ,
LORENA GONZÁLEZ TERCERO, LOURDES REDONDO
SANTAMARÍA Y MARIA JOSEFA JAEN GARCIA 1195
- 254 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN ANTE EL PACIENTE QUEMADO HOSPITALIZADO**
MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ,
LORENA GONZÁLEZ TERCERO, LOURDES REDONDO
SANTAMARÍA Y MARIA JOSEFA JAEN GARCIA 1199
- 255 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN EL CORRECTO ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**
MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ,
LORENA GONZÁLEZ TERCERO, LOURDES REDONDO
SANTAMARÍA Y MARIA JOSEFA JAEN GARCIA 1203
- 256 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCION DE PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL**
MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS 1207
- 257 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN SERVICIO DE ODONTOLOGÍA**
ELENA GÓMEZ PALOMO, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ,
SILVIA JOVER SABARIEGOS, JENNIFER PEREZ HERRERA Y ROCIO
ROJO MERCHAN 1211
- 258 RELACIÓN ENTRE SALUD Y ALIMENTACIÓN**
OLGA MARIA GONZALEZ SUAREZ 1215

- 259**PROMOVIENDO LA SALUD DEL SISTEMA NERVIOSO:
PERSPECTIVAS DESDE LA COMUNIDAD Y EL HOSPITAL
MARIA JOSE ALVAREZ VEGAS 1219
- 260**PIE DIABÉTICO Y SUS CUIDADOS
EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA 1223
- 261**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS
CENTROS DE SALUD
FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA,
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, MARÍA JOSEFA MORCILLO
VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA 1227
- 262**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SUS
FUNCIONES DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL MATERIAL
SANITARIO
FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA,
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, MARÍA JOSEFA MORCILLO
VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA 1231
- 263**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE
EL PACIENTE CON DEPRESIÓN
FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA,
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, MARÍA JOSEFA MORCILLO
VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA 1235
- 264**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE
EL CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO
MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO, M^a NIEVES CUTANDA
GARCIA, NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA, FRANCISCA
GOMEZ MARTINEZ Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 1239
- 265**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA:
FUNCIONES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE ATENCIÓN
PRIMARIA
FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ, M^a NIEVES CUTANDA GARCIA,
NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA, MERCY DEL ROCIO
CHAVEZ ROMERO Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 1243

- 266 LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA
SANITARIA Y LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS
ANA LAURA RIOPEDRE ALVAREZ 1247
- 267 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
CENTROS DE SALUD
ROCIO ROJO MERCHAN, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ,
SILVIA JOVER SABARIEGOS, JENNIFER PEREZ HERRERA Y ELENA
GÓMEZ PALOMO 1251
- 268 EL PERSONAL TCAE Y SU ACTUACION EN EL AREA DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE UN HOSPITAL.
MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ, SONIA GALINDO LOPEZ,
JANIS SÁNCHEZ CORRAL, PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA Y
ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA 1255
- 269 EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y
CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
SONIA GALINDO LOPEZ, MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ,
JANIS SÁNCHEZ CORRAL, PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA Y
ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA 1259
- 270 MATERIAL E INSTRUMENTAL SANITARIO
OLGA MARIA GONZALEZ SUAREZ 1263
- 271 AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS MOVILIZACIONES DE LOS
ANCIANOS EN ENTORNOS RESIDENCIALES
CRISTINA LARA GONZÁLEZ 1267
- 272 SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN EL ENFERMO
DEPENDIENTE: ESCALA ZARIT EN ATENCIÓN PRIMARIA
TOMÁS GARCÍA TENDERO, NURIA CÁRCELEN PÉREZ, MERCEDES
TENDERO ALARCON, OLGA NAVARRO CIFUENTES Y JESSICA
ALCALÁ VILLAR DEL SAZ 1273

- 273 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN EL ENFERMO UROLÓGICO**
TOMÁS GARCÍA TENDERO, OLGA NAVARRO CIFUENTES,
MERCEDES TENDERO ALARCON, NURIA CÁRCELEN PÉREZ Y
JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ 1279
- 274 ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**
TOMÁS GARCÍA TENDERO, OLGA NAVARRO CIFUENTES,
MERCEDES TENDERO ALARCON, NURIA CÁRCELEN PÉREZ Y
JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ 1283
- 275 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA (ENFERMERAS Y TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA) EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**
CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE,
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN Y
YOANA MUÑOZ CÓRDOBA 1287
- 276 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CLASIFICACION DE LOS ENEMAS**
CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE,
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y MARÍA
JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1293
- 277 VÍAS DE ADMINSTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE,
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y MARÍA
JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1299
- 278 TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DENTRO DE LAS FUNCIONES TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)**
MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE, ANA BELÉN FERNÁNDEZ
RIVERA, ISABEL MATA ESCRIBANO, MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ
Y ESTER MORENO MORA 1305

- 279**COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE SANGRE
OCULTA EN HECES
M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO, RAQUEL PIÑERO BLANCO,
NURIA ALFARO LA ORDEN, PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO Y
NOELIA TORIJA GARCIA 1309
- 280**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN
MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO, VERÓNICA
PLAZA MORENO, HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ
SERRANO RUEDAS Y RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1313
- 281**SÍNDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL Y FUNCIONES DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
LILIAN SANDRA DE LA CRUZ GÁLVEZ 1317
- 282**FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS
MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO, MARÍA
JOSÉ SERRANO RUEDAS, VERÓNICA PLAZA MORENO, RAFAELA
GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ 1321
- 283**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN
MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO, VERÓNICA
PLAZA MORENO, HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ
SERRANO RUEDAS Y RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1327
- 284**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y RECOMENDACIONES PARA EVITAR LESIONES
MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS, MARÍA DEL PRADO
CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA CONCEPCION OLIVAS
SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO Y MANUELA RAMOS PAREJO 1333
- 285**LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) POR
PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE)
LAURA MARTINEZ BENEITEZ 1337

- 286EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS, MARÍA DEL PRADO
CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA CONCEPCION OLIVAS
SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO Y MANUELA RAMOS PAREJO **1341**
- 287ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL INGRESO HOSPITALARIO DEL
PACIENTE**
MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA
CONCEPCION OLIVAS SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO,
MANUELA RAMOS PAREJO Y MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS **1345**
- 288TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DENTRO DE UN HOSPITAL**
CRISTINA ARANA OSMA Y NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ **1349**
- 289EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POST-ANESTÉSICA (URPA)**
ESPERANZA REQUENA ARENAS, JUANA JAVIERA CANO ROMERO,
MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, DELIA SANDRA RODRÍGUEZ
BALLESTEROS Y MARÍA RAFAELA CALERO **1353**
- 290FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO**
ESPERANZA REQUENA ARENAS, JUANA JAVIERA CANO ROMERO,
MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, DELIA SANDRA RODRÍGUEZ
BALLESTEROS Y MARÍA RAFAELA CALERO **1357**
- 291EL PACIENTE CON AMIGDALITIS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO
EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ, ELENA ROJAS RODRÍGUEZ,
FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL, JOSÉ MANUEL ORTIZ
HERNÁNDEZ Y ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO **1361**

- 292EL PACIENTE CON RINOSINUSITIS Y LA ATENCIÓN DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ, ELENA ROJAS RODRÍGUEZ,
FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL, JOSÉ MANUEL ORTIZ
HERNÁNDEZ Y ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO 1365
- 293EL PACIENTE CON RINITIS GRAVE Y LA ATENCIÓN DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ, ELENA ROJAS RODRÍGUEZ,
FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL, JOSÉ MANUEL ORTIZ
HERNÁNDEZ Y ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO 1369
- 294ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA**
ESPERANZA REQUENA ARENAS, JUANA JAVIERA CANO ROMERO,
MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, DELIA SANDRA RODRÍGUEZ
BALLESTEROS Y MARÍA RAFAELA CALERO 1373
- 295EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN**
IRENE RAMIREZ MARTIN, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA,
CARMEN CID PARRO, JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN Y LOURDES
FERRERA CAMACHO 1377
- 296EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA**
IRENE RAMIREZ MARTIN, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA,
CARMEN CID PARRO, JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN Y LOURDES
FERRERA CAMACHO 1381
- 297EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO**
IRENE RAMIREZ MARTIN, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA,
CARMEN CID PARRO, JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN Y LOURDES
FERRERA CAMACHO 1385
- 298LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.**
JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA 1389

- 299**LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA RESIDENCIA
JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA 1393
- 300**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
ANA M TORIJA BARRAGÁN, ESTRELLA TALENS GONZALEZ Y ANA
ISABEL SORNICHERO ALARCÓN 1397
- 301**LA ENFERMEDAD DEL COLESTEROL UNA DE LAS MÁS COMUNES
QUE PRODUCE PROBLEMAS EN LA SALUD
BEGOÑA FERNÁNDEZ LINDE 1401
- 302**LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE UN ICTUS O ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
DAVID ARROYO ORTEGA, JOSE SOTO GARCIA, NEREA
DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ, SANDRA MARTÍN ESTREMER Y
BEATRIZ ROJO MAYO 1403
- 303**LA SALUD MENTAL Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
DAVID ARROYO ORTEGA, BEATRIZ ROJO MAYO, SANDRA MARTÍN
ESTREMER, NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ Y JOSE SOTO
GARCIA 1409
- 304**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL
TRABAJO Y LOS CUIDADOS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS.
DAVID ARROYO ORTEGA, NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ, JOSE
SOTO GARCIA, BEATRIZ ROJO MAYO Y SANDRA MARTÍN
ESTREMER 1413
- 305**LOS CUIDADOS EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO Y EL
TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA
MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO, SHATNER ELVIS SOTO SOLIS, M°
GEMA REBOLLO LOPESINO, LAURA PARREÑO LOPEZ Y ANA
MARÍA MERINO SALVANES 1417

- 306EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS**
MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO, ANA MARÍA MERINO SALVANES, LAURA PARREÑO LOPEZ, M° GEMA REBOLLO LOPESINO Y SHATNER ELVIS SOTO SOLIS 1423
- 307LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EN LOS PACIENTES CON PIE DIABETICO**
MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO, M° GEMA REBOLLO LOPESINO, SHATNER ELVIS SOTO SOLIS, ANA MARÍA MERINO SALVANES Y LAURA PARREÑO LOPEZ 1429
- 308EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE LA MANIPULACION DE LOS MEDICAMENTOS CONSIDERADOS TÓXICOS.**
PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA, ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA, MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ, SONIA GALINDO LOPEZ Y JANIS SÁNCHEZ CORRAL 1435
- 309EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
AMOR FERNÁNDEZ FANJUL 1439
- 310PSICOLOGÍA DEL PACIENTE INFANTIL**
ISIDRO ROBLES BLANCO 1443
- 311 MÁS ALLÁ DE LOS CUIDADOS: LA PSICOLOGÍA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LOS OJOS DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SORAYA ESPEJO RUBIO, MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO, MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO, IRENE VILLAESCUSA ALFARO Y ELENA ELISABETA VLASE 1447

- 312 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA 2.0:
HERRAMIENTAS DIGITALES Y AVANCES TECNOLÓGICOS EN EL
MUNDO DE LA ENFERMERÍA AUXILIAR**
SORAYA ESPEJO RUBIO, MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO,
MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO, IRENE VILLAESCUSA ALFARO Y
ELENA ELISABETA VLASE 1453
- 313 FUNDAMENTOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA HUMANA PARA
TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SORAYA ESPEJO RUBIO, MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO,
MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO, IRENE VILLAESCUSA ALFARO Y
ELENA ELISABETA VLASE 1459
- 314 CONOCIMIENTO DEL CARRO DE REANIMACIÓN POR PARTE DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
JANIS SÁNCHEZ CORRAL 1465
- 315 APLICACIÓN DE LA MAGNETOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO
DE FISIOTERAPIA PARA EL DOLOR EN PATOLOGIA DE ORIGEN
VERTEBRAL: UNA REVISION SISTEMÁTICA**
MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA, SANDRA DONDARZA MARTIN,
NADIA AGUILAR SOTOS, ANDREA CHOCANO LEAL Y ADRIÁN
AGUILERA ACEDO 1469
- 316 EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISIOTERAPIA
EN PACIENTES CON SÍNDROME DE TUNEL CARPIANO: UN
REVISIÓN SISTEMÁTICA**
MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA, SANDRA DONDARZA MARTIN,
NADIA AGUILAR SOTOS, ANDREA CHOCANO LEAL Y ADRIÁN
AGUILERA ACEDO 1475
- 317 LA PSICOMOTRICIDAD Y SUS REPERCUSIONES EN FISIOTERAPIA**
MATILDE PÉREZ CÓRDOBA 1481
- 318 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN TRATAMIENTO DEL
LINFEDEMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
ELENA MOLINA BODAS, MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, NEREA SORIA
SANZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO
SAIZ 1485

- 319 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PROSTATITIS CRÓNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, ELENA MOLINA BODAS, NEREA SORIA SANZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 1489
- 320 LA RELEVANCIA DEL FISIOTERAPEUTA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
NEREA SORIA SANZ, ELENA MOLINA BODAS, MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 1493
- 321 APLICACIÓN DEL DRENAJE LINFÁTICO MANUAL EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PARA EL LINFEDEMA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN SISTEMÁTICA**
ANDREA CHOCANO LEAL, ADRIÁN AGUILERA ACEDO, MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA, SANDRA DONDARZA MARTIN Y NADIA AGUILAR SOTOS 1497
- 322 LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN FISIOTERAPIA**
MATILDE PÉREZ CÓRDOBA 1503
- 323 ENTRENAMIENTO DEL EQUILIBRIO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD**
ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS, DIEGO MEDINA CRESPO Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ 1507
- 324 EL FISIOTERAPEUTA ANTE EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, JESUS GARCÍA MORENO, JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y SILVIA VILLAR GOMEZ 1511
- 325 EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA ANTE EL GRAN QUEMADO**
CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, SILVIA VILLAR GOMEZ, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR Y JESUS GARCÍA MORENO 1515

326	PACIENTE CON Sonda NASOGÁSTRICA: ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA COVADONGA SÁNCHEZ LÓPEZ	1519
327	EFFECTOS DEL BIPEDSTADOR EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL (PCI) JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ, ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS Y DIEGO MEDINA CRESPO	1527
328	EFFECTIVIDAD DE IMPLEMENTAR FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ	1533
329	ROL DEL FISIOTERPEUTA EN LA GESTACIÓN: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS Y COMPLICACIONES ASOCIADOS DIEGO MEDINA CRESPO, JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ Y ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS	1537
330	AYUDAS TÉCNICAS FISIOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO, CRISTINA HERRERO MARTÍN, LAURA ROMO DE LA LLAVE, SONIA GARCÍA GARCÍA Y PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA	1545
331	TRATAMIENTO DE LA FISIOTERAPIA EN LA GONARTROSIS MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO, LAURA ROMO DE LA LLAVE, SONIA GARCÍA GARCÍA, PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA Y CRISTINA HERRERO MARTÍN	1549
332	TRABAJO DEL TRANSVERSO DEL ABDOMEN EN PACIENTES CON DIÁSTASIS ABDOMINAL MARÍA VILLALBA PUENTE, REMEDIOS GRANERO CAMPILLO, LIDIA CALONGE TIREZ, DANIEL MORALES MORENO Y ALTEA VELASCO BARROSO	1553

- 333 TRATAMIENTO DE DOLOR MIOFASCIAL DE LA MUSCULATURA DE CADERA CON PUNCIÓN SECA PROFUNDA**
MARÍA VILLALBA PUENTE, DANIEL MORALES MORENO, LIDIA CALONGE TIREZ, REMEDIOS GRANERO CAMPILLO Y ALTEA VELASCO BARROSO 1559
- 334 ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA POR FISIOTERAPEUTAS Y SU PAPEL EN EL RENDIMIENTO DEPORTIVO**
GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ, LAURA RODRIGUEZ LOZANO, JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES Y RAFAEL BAEZA MONSALVE 1565
- 335 PREVENCIÓN DE LESIONES EN LOS DEPORTES DE RAQUETA. EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA VALORACIÓN**
GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ, LAURA RODRIGUEZ LOZANO, JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES Y RAFAEL BAEZA MONSALVE 1571
- 336 TRATAMIENTO DEL PACIENTE ICTUS POR FISIOTERAPEUTAS. EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA PUNCIÓN SECA**
GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ, LAURA RODRIGUEZ LOZANO, JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES Y RAFAEL BAEZA MONSALVE 1575
- 337 FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DEL PARKINSON**
MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO, SONIA GARCÍA GARCÍA, PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA, CRISTINA HERRERO MARTÍN Y LAURA ROMO DE LA LLAVE 1579
- 338 ABORDAJE DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA MEDIANTE EJERCICIO TERÁPEUTICO**
MIRIAN MORATO LÓPEZ, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, MARIO GARCÍA MARTÍN, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA 1585

- 339 LA INDUCCIÓN MIOFASCIAL COMO MÉTODO DE TRATAMIENTO EN EL DOLOR LUMBAR**
ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ, ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO,
MARIA ANGELA VALERO MANCEBO, RAQUEL MARTÍN GALLEGO
Y ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO 1589
- 340 TRASTORNOS ALIMENTARIOS**
ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ, RAQUEL MARTÍN GALLEGO, ALICIA
MÁRQUEZ TRUJILLO, MARIA ANGELA VALERO MANCEBO Y
ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO 1593
- 341 LA REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL COMO MÉTODO DE TRATAMIENTO EN EL DOLOR LUMBAR CRÓNICO**
ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ, RAQUEL MARTÍN GALLEGO, ALICIA
MÁRQUEZ TRUJILLO, MARIA ANGELA VALERO MANCEBO Y
ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO 1597
- 342 TERAPIA MANUAL MANDIBULAR Y CRÁNEO-MANDIBULAR EN PACIENTES CON DISFUNCIONES TEMPOROMANDIBULARES**
SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, MIRIAN MORATO LÓPEZ, MARIO
GARCÍA MARTÍN Y JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA 1601
- 343 EFECTIVIDAD DE LAS ONDAS DE CHOQUE FRENTE A OTRAS TÉCNICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE LA EPICONDILITIS.**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, MARIO GARCÍA MARTÍN, SERGIO
MARTÍNEZ GARCÍA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ 1605
- 344 FISIOTERAPIA PARA TRATAR EL CÓLICO DEL LACTANTE. EL PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA**
LAURA LOPEZ SANCHEZ Y SERGIO GARCÍA PANIAGUA 1609
- 345 FISIOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA PRONACIÓN DOLOROSA. EL PERSONAL FISIOTERAPEUTA**
JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y SERGIO GARCÍA PANIAGUA 1613
- 346 FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO POR PARTE DEL FISIOTERAPEUTA.**
SERGIO GARCÍA PANIAGUA 1617

347	APLICACIÓN DE LA FLUORACIÓN DENTAL POR PARTE DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA	1621
348	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA LA HIGIENISTA DENTAL EN LA CONSULTA SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA	1625
349	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES PATRICIA GARCÍA ABEIJÓN Y JUAN LUIS PALOMO GARCIA	1629
350	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PATRICIA GARCÍA ABEIJÓN Y JUAN LUIS PALOMO GARCIA	1635
351	PRIMEROS AUXILIOS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: EVOLUCIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DANIEL GARCÍA GARCÍA	1639
352	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO JESSICA CRESPO GARCÍA	1645
353	EL CÁNCER DE HÍGADO Y LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS POR IMAGEN PARA SU DIAGNÓSTICO ELVIRA ZAMORANO BARROSO, ANA GARCÍA MARÍN, MARIBEL CRELGO HERRERO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ JESÚS	1651
354	FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN LA COLOCACIÓN DE LA SONDA PARA ALIMENTACIÓN EULALIA JARABO GARCÍA, LAURA GARCIA NAVARRO, MANUEL INOCENCIO MORALES, SARA LÓPEZ LÓPEZ Y MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ	1655

- 355 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA
TÉCNICA DE ULTRASONIDO**
EULALIA JARABO GARCÍA, SARA LÓPEZ LÓPEZ, MANUEL
INOCENCIO MORALES, LAURA GARCIA NAVARRO Y MARIA
CARMEN MAESTRE GONZALEZ 1659
- 356 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN SUS
FUNCIONES DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA
ABDOMINAL**
EULALIA JARABO GARCÍA, MANUEL INOCENCIO MORALES,
LAURA GARCIA NAVARRO, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ
Y SARA LÓPEZ LÓPEZ 1663
- 357 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA HIGIENIZACIÓN DEL
UNIFORME EXPUESTO A CONTAMINANTES**
MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA, ANA MARÍA VALENCIA
LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS, BEATRIZ RODRÍGUEZ
BACETE Y MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN 1667
- 358 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA
COMPLEMENTO DEL CONJUNTO DE MOLECULAS PLASMÁTICAS**
MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA, ANA MARÍA VALENCIA
LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS, BEATRIZ RODRÍGUEZ
BACETE Y MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN 1671
- 359 PREVENCIÓN Y RIESGOS RADIOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE
RADIOTERAPIA EXTERNA PARA TÉCNICOS, PROFESIONALES Y
MIEMBROS DEL PÚBLICO**
GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA, NURIA ARAQUE GUERRERO
Y RAQUEL MADRID MARTINEZ 1677
- 360 DIFERENTES EQUIPOS CON LOS QUE PUEDE TRABAJAR EL
TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA**
RAQUEL MADRID MARTINEZ, NURIA ARAQUE GUERRERO Y
GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA 1683
- 361 IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS EN LOS FRASCOS DE
HEMOCULTIVOS**
PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ 1689

- 362 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA TINCIÓN Y RECuento DE RETICULOCITOS**
MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ Y PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ 1693
- 363 LA GRAVEDAD DE LA EPOC Y LA IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO**
ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA ZAMORANO BARROSO, MARIBEL CRELGO HERRERO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ JESÚS 1697
- 364 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL BANCO DE SANGRE**
ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS, BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE, MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN Y MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA 1701
- 365 ANÁLISIS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO**
MOISÉS GAMO PASTOR 1705
- 366 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ORTOPANTOMOGRFÍA**
SARA LAZARO LOPEZ, MARTA PIRE SOLAUN, PAULA BURGALETA VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO Y PAULA CEA MARTINEZ 1711
- 367 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DENTAL LATERAL**
SARA LAZARO LOPEZ, MARTA PIRE SOLAUN, PAULA BURGALETA VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO Y PAULA CEA MARTINEZ 1715
- 368 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA ÓSEA**
SARA LAZARO LOPEZ, MARTA PIRE SOLAUN, PAULA BURGALETA VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO Y PAULA CEA MARTINEZ 1719
- 369 QUÉ ES LA ANEMIA Y TIPOS**
MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA 1723
- 370 TÉCNICAS DE RADIOLOGÍA SIMPLE POR EL TÉCNICO DE RAYOS**
CORAL ROMERAL VERA, PATRICIA CELAYA ORFILA, LAURA VIVANCOS RODADO, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ Y LAURA GARCÍA OLANO 1727

- 371 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOLOGÍA ESPECIAL**
CORAL ROMERAL VERA, PATRICIA CELAYA ORFILA, LAURA
VIVANCOS RODADO, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ Y LAURA
GARCÍA OLANO 1731
- 372 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA
TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA**
CORAL ROMERAL VERA, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ,
PATRICIA CELAYA ORFILA, LAURA VIVANCOS RODADO Y LAURA
GARCÍA OLANO 1735
- 373 TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA DENTRO DEL BIOBANCO**
SARA VIOLERO CAÑAS, NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA
DURÁN SÁNCHEZ, DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ Y MARIA
TERESA GIL CASTILLEJO 1739
- 374 LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA
PATOLÓGICA**
SARA VIOLERO CAÑAS, NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA
DURÁN SÁNCHEZ, DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ Y MARIA
TERESA GIL CASTILLEJO 1743
- 375 RESPUESTA CELULAR A LA LESIÓN. ÁMBITO DEL TÉCNICO DE
ANATOMÍA PATOLÓGICA**
NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ,
DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ, MARIA TERESA GIL
CASTILLEJO Y SARA VIOLERO CAÑAS 1747
- 376 EL TÉCNICO DE IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN RADIOLOGÍA
PEDIÁTRICA**
MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO, CARLOS BENITA COTILLAS,
LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, REBECA TORRES DOMINGUEZ Y
MARTA HERNANDEZ PARDO 1751
- 377 EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**
BEATRIZ MORENO LIZCANO, MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ
LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, ESTRELLA JARA LAVADO Y
ANA MARÍA SOLÍS 1755

- 378 EL TRABAJO SOCIAL Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES QUE LLEGAN DESDE CENTROS PENITENCIARIOS AL HOSPITAL**
SANDRA CARRASCO OJEDA, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, ANA PARRAS VACAS Y GLORIA PANIAGUA LEAL 1761
- 379 EL TRABAJO SOCIAL EN ZONAS RURALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**
SANDRA CARRASCO OJEDA, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, GLORIA PANIAGUA LEAL Y ANA PARRAS VACAS 1765
- 380 EL TRABAJO SOCIAL Y LOS PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL**
SANDRA CARRASCO OJEDA, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, ANA PARRAS VACAS Y GLORIA PANIAGUA LEAL 1769
- 381 MENINGITIS TUBERCULOSA**
ESTRELLA JARA LAVADO, MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, BEATRIZ MORENO LIZCANO Y ANA MARÍA SOLÍS 1773
- 382 CÁLCULOS RENALES**
ESTRELLA JARA LAVADO, MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, BEATRIZ MORENO LIZCANO Y ANA MARÍA SOLÍS 1777
- 383 PRUEBAS DE IMAGEN EN LA INVAGINACIÓN INTESTINAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS**
ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARÍA SABINO AMADO, MARIBEL CRELGO HERRERO, ANA GARCÍA MARÍN Y ELVIRA ZAMORANO BARROSO 1781
- 384 REPERCUSIÓN DEL COVID-19 EN LOS TÉCNICOS DE HIGIENE BUCODENTAL**
MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA, LUCIA PULPON AYUSO MORALES Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 1785

- 385 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR: EN LOS TRAUMATISMOS DE LA PELVIS Y DE LA EXTREMIDAD INFERIOR**
LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, REBECA TORRES DOMINGUEZ, MARTA HERNANDEZ PARDO, CARLOS BENITA COTILLAS Y MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO 1789
- 386 VALORACIÓN DE LESIÓN DEL LABRUM SUPERIOR ANTEROPOSTERIOR CON ARTRORESONANCIA MAGNÉTICA POR EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
ANA CARLOS ÁLVAREZ, ALVARO CAÑADA SANCHEZ, JULIA GARRIDO RAMOS, ANDREA SANZ QUERENCIAS Y JACOBO DIAZ ALONSO 1793
- 387 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PARA EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO**
LETICIA CERDEÑO DE PAZ, MIGUEL DAMAS CRUZ, JORGE VALERO MARTÍN, CRISTINA POLONIO Y LORENA MORÓN ROJAS 1797
- 388 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA ECOGRAFÍA TIROIDEA**
MIGUEL DAMAS CRUZ, LORENA MORÓN ROJAS, LETICIA CERDEÑO DE PAZ, CRISTINA POLONIO Y JORGE VALERO MARTÍN 1803
- 389 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO. VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA**
REBECA TORRES DOMINGUEZ, MARTA HERNANDEZ PARDO, CARLOS BENITA COTILLAS, MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO Y LORENA ROCIO CECA TAMUREJO 1809
- 390 VALORACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS MEDIANTE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA: PROTOCOLO A REALIZAR POR EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
JULIA GARRIDO RAMOS, ALVARO CAÑADA SANCHEZ, JACOBO DIAZ ALONSO, ANA CARLOS ÁLVAREZ Y ANDREA SANZ QUERENCIAS 1813

- 391 TÉCNICAS DE INFORMACIÓN Y RELAJACIÓN UTILIZADAS POR
LOS HIGIENISTAS BUCODENTALES**
MIRIAM BERMEJO PEÑA, MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO,
LUCIA PULPON AYUSO MORALES Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 1817
- 392 TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA CRANEAL, EL PAPEL DEL
TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
CLÍNICO**
JORGE VALERO MARTÍN, LETICIA CERDEÑO DE PAZ, CRISTINA
POLONIO, LORENA MORÓN ROJAS Y MIGUEL DAMAS CRUZ 1821
- 393 EL HIGIENISTA BUCODENTAL FRENTE A LA ASEPSIA DEL
LABORATORIO**
LUCIA PULPON AYUSO MORALES, MARÍA DEL CORAL LOZANO
GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 1825
- 394 ESTUDIO ESOFAGOGASTRODUODENAL EN RADIODIAGNÓSTICO**
MARÍA SABINO AMADO, ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA
ZAMORANO BARROSO, MARIBEL CRELGO HERRERO Y ROCÍO
LÓPEZ JESÚS 1829
- 395 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA UTILIZACIÓN DEL
TELÉFONO MÓVIL DURANTE EL HORARIO LABORAL**
SIRA CIENFUEGOS DOMÍNGUEZ 1837
- 396 EL TÉCNICO DE RAYOS Y EL DIAGNÓSTICO EN UN EXAMEN
IMAGENOLÓGICO**
AZALEA ESTEBAN LÓPEZ, FRANCISCO CALDERON BARQUERO,
NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ
Y GUILLERMO BIELSA ALCAIDE 1841
- 397 EL PROCESO DEL TÉCNICO DE RAYOS DE LIMPIEZA E HIGIENE
DE EQUIPOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
GUILLERMO BIELSA ALCAIDE, AZALEA ESTEBAN LÓPEZ,
FRANCISCO CALDERON BARQUERO, NEREA SALCEDO
DOMÍNGUEZ Y MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ 1845
- 398 PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA DETECCIÓN DE
PARÁSITOS EN LAS HECES**
SIRA CIENFUEGOS DOMÍNGUEZ 1849

- 399 ESTUDIOS UROGRAFÍA INTRAVENOSA EN RADIODIAGNÓSTICO**
MARIBEL CRELGO HERRERO, ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA
ZAMORANO BARROSO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ
JESÚS 1853
- 400 LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO EN EL ÁMBITO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**
ALVARO CAÑADA SANCHEZ, ANDREA SANZ QUERENCIAS, JULIA
GARRIDO RAMOS, ANA CARLOS ÁLVAREZ Y JACOBO DIAZ
ALONSO 1859
- 401 FUNCIONES GENERALES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO**
VANESSA QUIROGA MINAYA, INMACULADA DURAN AMOROS,
NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ, ANA MARIN PUERTA Y JESÚS
MARTÍN ROLDÁN 1863
- 402 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
EN ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)**
VANESSA QUIROGA MINAYA, NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ,
INMACULADA DURAN AMOROS, ANA MARIN PUERTA Y JESÚS
MARTÍN ROLDÁN 1867
- 403 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
EN ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)**
VANESSA QUIROGA MINAYA, INMACULADA DURAN AMOROS,
NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ, JESÚS MARTÍN ROLDÁN Y ANA
MARIN PUERTA 1871
- 404 RADIACIÓN IONIZANTE EN AVIONES Y COMO AFECTA A LAS
MUJERES EMBARAZADAS**
MÓNICA MANZANARES MARTÍN 1875
- 405 BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA GRUESA**
DIHIA MAMMERI PÉREZ 1879

- 406 FISIOLÓGÍA DE LA COAGULACIÓN. PRUEBAS DE LABORATORIO UTILIZADAS PARA DETECTAR ALTERACIONES EN EL SISTEMA DE LA COAGULACIÓN. APARATOS UTILIZADOS**
M ISABEL MORENA ESPADA, ANA ISABEL ANDINO HERRERA,
SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO, JORGE MENA GONZALEZ Y
ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA 1883
- 407 FISIOPATOLOGÍA DE LA HEMOGLOBINA. PRUEBAS DE LABORATORIO UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SUS ALTERACIONES**
M ISABEL MORENA ESPADA, ANA ISABEL ANDINO HERRERA,
SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO, JORGE MENA GONZALEZ Y
ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA 1893
- 408 DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO SEROLÓGICO DE HEPATITIS VÍRICAS: HEPATITIS A, HEPATITIS B, HEPATITIS C, HEPATITIS D, HEPATITIS E Y HEPATITIS G**
M ISABEL MORENA ESPADA, ANA ISABEL ANDINO HERRERA,
SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO, JORGE MENA GONZALEZ Y
ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA 1903
- 409 LAS RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES QUE TIENE UN TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
JOSEFA BONACHE VIVANCOS 1913
- 410 EL USO DE LOS EQUIPOS DE RADIODIAGNOSTICO POR EL TÉCNICO EN EL CÁNCER DE MAMA**
JORGE MARTINEZ ALVAREZ 1917
- 411 USO DE LA CAMPAÑA DE FLUJO LAMINAR Y DE LA CABINA DE BIOSEGURIDAD POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO**
JOSE LUIS GETINO GUTIERREZ, MÓNICA ÁLVAREZ MINAYO,
NATALIA GARCIA GUTIERREZ, ADELA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y
M^a DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ LOBETO 1921
- 412 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME URINARIO EN LA MUJER CON MENOPAUSIA**
MONTSERRAT CUESTA ARIAS 1925

- 413 EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES GARVI, JAVIER TALAVERA GARCIA Y VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO 1931
- 414 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS U ONCOLÓGICAS**
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES GARVI, JAVIER TALAVERA GARCIA Y VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO 1935
- 415 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES GARVI, JAVIER TALAVERA GARCIA Y VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO 1941
- 416 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE LA TROMBOCITOPENIA**
JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO, ESMERALDA ORTIZ RODA, ANA LEÓN AROCO Y FÁTIMA UCENDO QUINTANAR 1947
- 417 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN CUANTO A LA DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA EN SANGRE**
JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO, ESMERALDA ORTIZ RODA, ANA LEÓN AROCO Y FÁTIMA UCENDO QUINTANAR 1951
- 418 IMPORTANCIA DE LA DENSITOMETRÍA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS**
MÓNICA MANZANARES MARTÍN 1955

- 419 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA**
MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH,
JENIFER GREGORIO MARTÍN, LAURA RAMÍREZ GARCÍA Y ISRAEL
CHARNECO BERNAL 1959
- 420 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**
MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH,
JENIFER GREGORIO MARTÍN, LAURA RAMÍREZ GARCÍA Y ISRAEL
CHARNECO BERNAL 1963
- 421 IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS**
MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH,
JENIFER GREGORIO MARTÍN, LAURA RAMÍREZ GARCÍA Y ISRAEL
CHARNECO BERNAL 1967
- 422 EL BRUXISMO COMO ENFERMEDAD Y LA ASISTENCIA DEL HIGIENISTA BUCODENTAL.**
PATRICIA FLOREZ SEGOVIANO 1971
- 423 PRUEBAS PARA DETECTAR CÁNDIDA ALBICANS EN EL LABORATORIO**
ANA LEÓN AROCO, ESMERALDA ORTIZ RODA, JULIÁN DEL OLMO
MORENO ARRONES, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO Y FÁTIMA
UCENDO QUINTANAR 1975
- 424 EL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SU LABOR EN LAS NECROPSIAS**
TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE 1979
- 425 BIOMARCADORES Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA**
TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE 1983
- 426 COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO**
SONIA SANCHEZ RUIZ, SERGIO FUENTES MARÍN, ROSAIDA ABREU
TERRERO, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA 1989

- 427 **DOSIFICACIÓN DE LAS RADIACIONES IONIZANTES POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO**
SONIA SANCHEZ RUIZ, SERGIO FUENTES MARÍN, ROSAIDA ABREU TERRERO, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA 1993
- 428 **EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO ANTE EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**
SONIA SANCHEZ RUIZ, SERGIO FUENTES MARÍN, ROSAIDA ABREU TERRERO, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA 1997
- 429 **TSID: PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA EXPLORACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE**
BRENDA BARRERA GONZÁLEZ 2001
- 430 **EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA, TAC DE SIMULACIÓN**
RAQUEL MADRID MARTINEZ, GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA Y NURIA ARAQUE GUERRERO 2005
- 431 **EL PROFESIONAL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO Y LA IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS ELECTRÓGENOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
IVAN ESPARTERO MUÑOZ, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, HONORATO LOZANO MOYA Y JOSÉ LUIS CASADO APARICIO 2009
- 432 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA SANITARIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ Y MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE 2013
- 433 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA TRAMITACION DE LA TARJETA SANITARIA**
ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ Y MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE 2017

- 434PROBLEMAS EN LA COMUNICACIÓN POR PARTE DEL CELADOR**
JOSE FCO NOGUERAS GARCIA, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA Y SONIA MARÍA MUÑOZ 2021
- 435LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA**
JOSE FCO NOGUERAS GARCIA, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA Y SONIA MARÍA MUÑOZ 2025
- 436LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER**
JOSE FCO NOGUERAS GARCIA, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA Y SONIA MARÍA MUÑOZ 2029
- 437LAS FUNCIONES DE LOS MÉCANICOS Y ELECTRICISTAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS (CATEGORÍA GESTIÓN Y SERVICIO, EQUIPO DE MANTENIMIENTO)**
DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, HONORATO LOZANO MOYA Y IVAN ESPARTERO MUÑOZ 2033
- 438LAS HERRAMIENTAS DE SOLDADURA MÁS UTILIZADAS POR MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS EN EL HOSPITAL (PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO)**
JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, HONORATO LOZANO MOYA Y IVAN ESPARTERO MUÑOZ 2037
- 439FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO**
DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO, MARIA JULIA ROMERO LUJAN Y MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO 2041

- 440 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO, MARIA JULIA ROMERO LUJAN Y MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO 2045
- 441 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVO: FUNCIONES Y COMPETENCIAS**
DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO, MARIA JULIA ROMERO LUJAN Y MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO 2049
- 442 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS**
ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ Y MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE 2053
- 443 MANTENIMIENTO DE MÁQUINAS, POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO, MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA, JUAN GIJÓN MERCHAN, PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES Y JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO 2057
- 444 CONOCIMIENTO DE LOS FUSIBLES Y SUS AVERÍAS POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES AL EQUIPO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO**
MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA, JUAN GIJÓN MERCHAN, PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES, JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO Y LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO 2061
- 445 FUNCIONES DEL PERSONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS**
JUAN GIJÓN MERCHAN, PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES, JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO, LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO Y MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA 2065

- 446EL PINCHE Y SU ACTUACIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ,
RAQUEL CÓZAR GARCÍA, CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES
Y MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA 2069
- 447EL PINCHE DE COCINA Y LAS TÉCNICAS CULINARIAS EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN HOSPITALES**
MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ,
RAQUEL CÓZAR GARCÍA, CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES
Y MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA 2073
- 448EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU PAPEL EN LAS DIETAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**
RAQUEL CÓZAR GARCÍA, CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES,
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET
MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ 2077
- 449INVESTIGACIÓN SOBRE LAS FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19 EN EL ÁMBITO SANITARIO**
DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, ALICIA TALAYA NAVARRO, MARIA
SOLEDAD BARBA ALFARO, PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ Y
MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO 2081
- 450EL TELEFONISTA EN COORDINACIÓN CON OTROS TRABAJADORES EN EL SISTEMA DE SALUD**
DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO,
ALICIA TALAYA NAVARRO, PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ Y
MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO 2085
- 451EL TELEFONISTA Y EL USO DE PROGRAMAS INFORMÁTICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, ALICIA TALAYA NAVARRO, MARIA
SOLEDAD BARBA ALFARO, MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ
COLADO Y PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ 2089
- 452FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
JOSE JORGE ALVAREZ ALVAREZ 2093

453	LA INCLUSIÓN DE LA PODOLOGÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MARÍA CARMEN GARCIA LOPEZ	2097
454	EL CELADOR Y SU PAPEL ANTE EL PACIENTE FALLECIDO ALEJANDRO VILLALBA ALFARO, VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA, ANA MARÍA VALLE DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ Y NOELIA VILLALBA ALFARO	2101
455	EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA ALEJANDRO VILLALBA ALFARO, VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA, ANA MARÍA VALLE DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ Y NOELIA VILLALBA ALFARO	2105
456	PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR Y PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS	2109
457	PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y EL MANTENIMIENTO DE UNA CALDERA DE UN HOSPITAL ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR Y LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO	2113
458	PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y EL RIESGO DE INCENDIO EN UN HOSPITAL ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR Y PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS	2117
459	EL CELADOR EN LA ZONA DE QUIRÓFANOS MARÍA JOSÉ DE LA TORRE ARROYO	2121

- 460EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
ALEJANDRO VILLALBA ALFARO, VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA,
ANA MARÍA VALLE DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ Y
NOELIA VILLALBA ALFARO 2125
- 461EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA HOSPITALARIA. FUNCIONES DEL CELADOR
CON EL PACIENTE NEONATO**
MARÍA ELENA ÁNGEL GIL, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, ANTONIO
MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO RODRIGUEZ
MÁRQUEZ Y ALEJANDRO ANGEL GIL 2129
- 462FUNCIONES DEL PERSONAL SUBALTERNO EN LOS CENTROS DE
SALUD. INFORMACIÓN, VIGILANCIA Y AUXILIAR AL RESTO DE
CATEGORIAS PROFESIONALES**
MARÍA ELENA ÁNGEL GIL, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, ANTONIO
MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO RODRIGUEZ
MÁRQUEZ Y ALEJANDRO ANGEL GIL 2133
- 463LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. EL
CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN LAS UNIDADES
DE MEDIA ESTANCIA**
MARÍA ELENA ÁNGEL GIL, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, ANTONIO
MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO RODRIGUEZ
MÁRQUEZ Y ALEJANDRO ANGEL GIL 2137
- 464EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y SU PAPEL
EN LOS SISTEMAS DE AGUAS CALIENTES DE UN CENTRO
HOSPITALARIO**
PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, MIGUEL VELASCO TORRES,
ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR
OLMEDO Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ 2141
- 465EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y LA
REPARACIÓN DE LOS GRIFOS DE LOS HOSPITALES**
PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, MIGUEL VELASCO TORRES,
ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR
OLMEDO Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ 2145

466	EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y SU ACTUACIÓN EN LAS PISCINAS TERAPÉUTICAS EN CENTROS HOSPITALARIOS PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, MIGUEL VELASCO TORRES, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ	2149
467	TÉCNICAS Y PROTOCOLOS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR CELADORES M ^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ	2153
468	EL PAPEL DEL CELADOR EN EL CUIDADO INFANTIL M ^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ	2157
469	PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y SU APORTACION EN EL ARREGLO DE CALDERAS DE UN HOSPITAL SERGIO GARCÍA ZAMORA, JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, RAMÓN SERRANO LÓPEZ Y ALFONSO LÓPEZ BEAMUD	2161
470	PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LAS ÁREAS ESENCIALES DE SUMINISTRO ELÉCTRICO EN LOS HOSPITALES SERGIO GARCÍA ZAMORA, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, RAMÓN SERRANO LÓPEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ	2165
471	EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL PERSONAL ELECTRICISTA ANTE LOS ARREGLOS EN UNA COCINA DEL HOSPITAL SERGIO GARCÍA ZAMORA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, RAMÓN SERRANO LÓPEZ, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD Y JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ	2169
472	ACTUACIÓN Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO Y AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ	2173

- 473 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO. FUNCIONES Y ACTUACIÓN**
DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO Y AGUSTIN ANGEL GALLEGU GUTIERREZ 2177
- 474 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN, JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO Y AGUSTIN ANGEL GALLEGU GUTIERREZ 2181
- 475 EL PINCHE EN LA COCINA HOSPITALARIA EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS UTENSILIOS DE TRABAJO**
YOLANDA VELASCO ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP, MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS Y ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ 2185
- 476 EL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA PARA PROTECCIÓN RENAL EN EL PACIENTE INGRESADO**
YOLANDA VELASCO ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP, MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS Y ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ 2191
- 477 EL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA DE PROTECCIÓN HEPÁTICA HOSPITALARIA**
MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS, ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ, YOLANDA VELASCO ESPEJO Y DAVID NAVARRO MASIP 2195
- 478 LA ZONA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA Y LAS FUNCIONES MAS IMPORTANTES DE LOS CELADORES**
RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, YOANA DÍAZ ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 2199

- 479** **LOS CELADORES Y LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR EN EL SERVICIO COMPLEJO DE UCI**
RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, YOANA DÍAZ ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 2203
- 480** **EL ALMACÉN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS CELADORES QUE TRABAJAN EN ÉL**
RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, YOANA DÍAZ ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 2207
- 481** **EL CELADOR Y ACTUACIÓN EN SALUD MENTAL**
YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA Y MARTA ISABEL MOSET MOLINA 2213
- 482** **EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA Y MARTA ISABEL MOSET MOLINA 2217
- 483** **PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA DE UN HOSPITAL Y LOS GRUPOS ELECTRÓGENOS**
ALFONSO MOLINES MARTINEZ, RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ Y CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ 2221
- 484** **EL ELECTRICISTA Y LAS BATERÍAS DE CONDENSADORES Y SISTEMAS DE ALIMENTACIÓN ININTERRUMPIDA (SAIS) EN LOS HOSPITALES**
ALFONSO MOLINES MARTINEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ 2225

- 485EL ELECTRICISTA Y LA INTERPRETACIÓN Y MANTENIMIENTO
DE LOS CUADROS ELÉCTRICOS DE UN HOSPITAL**
ALFONSO MOLINES MARTINEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, RAFAEL
JOSE DIAZ LOPEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y CÉSAR
JIMÉNEZ JIMÉNEZ 2229
- 486EL PLANCHADOR/A, FACTORES PARA ELEGIR EL EQUIPAMIENTO
NECESARIO DE LA ZONA DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA**
MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA,
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ
SANCHEZ Y MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER 2233
- 487EL PLANCHADOR/A EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y EL
PROCESAMIENTO DE LA ROPA EN EL ÁREA LIMPIA EN EL
CALANDRAJE DE LA ROPA PLANA**
MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA,
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ
SANCHEZ Y MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER 2237
- 488CLASIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS POR
PARTE DEL CELADOR**
MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, CARMEN MARÍA RIVAS
COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ, VICENTE CHAPARRO
MUÑOZ Y PILAR PEINADO MARTÍNEZ 2241
- 489EL CELADOR DE LABORATORIO**
MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, CARMEN MARÍA RIVAS
COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ, VICENTE CHAPARRO
MUÑOZ Y PILAR PEINADO MARTÍNEZ 2247
- 490EL CELADOR EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO**
MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, CARMEN MARÍA RIVAS
COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ, VICENTE CHAPARRO
MUÑOZ Y PILAR PEINADO MARTÍNEZ 2253
- 491GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA POR EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO, Mª DEL PILAR CORTES
MENDOZA Y LAURA MONTERO MARTÍNEZ 2257

- 492ÁREAS ORGANIZATIVAS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y
PLANCHADO DE LOS HOSPITALES: ZONA SUCIA, ZONA LIMPIA
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ
SANCHEZ, MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER, MARÍA JOSÉ LARREY
TENDERO Y MARIA JOSE CRESPO ZAFRA 2263
- 493EL CELADOR Y SU ACTUACION EN LA MOVILIZACIÓN DE
PACIENTES
VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO
MONESCILLO, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL
MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ 2267
- 494EL PINCHE DE COCINA Y LA PEQUEÑA MAQUINARIA USADA EN
COCINA HOSPITALARIA
GLORIA MARTÍNEZ TARIN, NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO
GARCIA MARINA, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ Y MARÍA
DEL CARMEN VALLE DÍAZ 2271
- 495EL PINCHE DE COCINA Y LA INTERPRETACIÓN DEL CÓDIGO DE
LAS DIETAS HOSPITALARIAS
GLORIA MARTÍNEZ TARIN, NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO
GARCIA MARINA, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ Y MARÍA
DEL CARMEN VALLE DÍAZ 2275
- 496EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD:
FUNCIONES Y COMPETENCIAS
GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES ALCOLEA,
MARIA ANGELES PALACIOS AVILES, AMPARO VELA
SANCHEZ-MANZANERO Y ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA 2279
- 497FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SECRETARÍA
DE PLANTA
GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES ALCOLEA,
MARIA ANGELES PALACIOS AVILES, AMPARO VELA
SANCHEZ-MANZANERO Y ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA 2283

498	FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES ALCOLEA, MARIA ANGELES PALACIOS AVILES, AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO Y ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA	2287
499	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, JULIANA LADERO PACHECO, PETRA MONTALVO CAMPOS, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO Y LUCIA MONTALVO CAMPOS	2291
500	EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL EN PLANTA DE PALIATIVOS RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, PETRA MONTALVO CAMPOS, JULIANA LADERO PACHECO, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO Y LUCIA MONTALVO CAMPOS	2295
501	PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, PETRA MONTALVO CAMPOS, LUCIA MONTALVO CAMPOS, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO Y JULIANA LADERO PACHECO	2299
502	FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DE CONSULTAS EXTERNAS LAURA MONTERO MARTÍNEZ, CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO Y M ^a DEL PILAR CORTES MENDOZA	2303
503	INTELIGENCIA EMOCIONAL APLICADA A LOS PROFESIONALES DE SERVICIOS SOCIALES SANITARIOS: TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO DIANA BRAVO COSIO	2307
504	INCREMENTO DE LAS CESÁREAS EN LA SANIDAD DE NUESTRO PAÍS MARÍA CARMEN GARCIA LOPEZ	2313

- 505EL CELADOR EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO Y LAS
MOVILIZACIONES DE PACIENTES EN LA MESA DE OPERACIONES**
IVAN CARRION PEREZ, LUCÍA GÓMEZ MOLINA, MARIA DE LOS
LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN
HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2317
- 506EL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL Y SU LABOR
ANTE EL PACIENTE PSQUIÁTRICO**
IVAN CARRION PEREZ, LUCÍA GÓMEZ MOLINA, MARIA DE LOS
LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN
HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2321
- 507EL CELADOR Y EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES EN LA
UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA**
IVAN CARRION PEREZ, LUCÍA GÓMEZ MOLINA, MARIA DE LOS
LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN
HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2325
- 508EL PINCHE DE COCINA Y EL ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS
EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
GLORIA MARTÍNEZ TARIN, NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO
GARCIA MARINA, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ Y MARÍA
DEL CARMEN VALLE DÍAZ 2329
- 509ACTUACIONES DEL CELADOR DE PUERTA PRINCIPAL EN EL
HOSPITAL GENERAL**
JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME CASTELLANOS CRIADO,
MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO, LETICIA CALCERRADA
PEÑARRUBIA Y RAQUEL SANCHEZ TOLEDO 2333
- 510 ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DE OJOS**
JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME CASTELLANOS CRIADO,
MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO, LETICIA CALCERRADA
PEÑARRUBIA Y RAQUEL SANCHEZ TOLEDO 2337
- 511 ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE GERIATRÍA**
JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME CASTELLANOS CRIADO,
MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO, LETICIA CALCERRADA
PEÑARRUBIA Y RAQUEL SANCHEZ TOLEDO 2341

- 512 LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS**
TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE, JESSICA RUIZ GOMEZ, YOLANDA CANTON SALAZAR, ABEL SALAZAR CANTON Y ESTHER CALVO HERNÁNDEZ 2345
- 513 LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL**
TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE, JESSICA RUIZ GOMEZ, YOLANDA CANTON SALAZAR, ABEL SALAZAR CANTON Y ESTHER CALVO HERNÁNDEZ 2349
- 514 LABORES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL CENTRO HOSPITALARIO**
TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE, JESSICA RUIZ GOMEZ, YOLANDA CANTON SALAZAR, ABEL SALAZAR CANTON Y ESTHER CALVO HERNÁNDEZ 2353
- 515 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**
MARIA JOSE GARCIA ATIENZA, JUANI NAHARRO MILLA, JAVIER CRUZ SANTIAGO, ISABEL MARIA GROMADA Y ALEJANDRO LÓPEZ JARA 2357
- 516 CELADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
MARIA JOSE GARCIA ATIENZA, JAVIER CRUZ SANTIAGO, ISABEL MARIA GROMADA, JUANI NAHARRO MILLA Y ALEJANDRO LÓPEZ JARA 2361
- 517 LA COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON LAS PERSONAS QUE ACUDEN A UN CENTRO HOSPITALARIO**
LAURA MONTERO NIEVES, ROCIO NAVARRO CUTANDA, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2365

- 518 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL CENTRO SANITARIO DONDE TRABAJA**
LAURA MONTERO NIEVES, ROCIO NAVARRO CUTANDA, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2369
- 519 ACTUACIÓN Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS**
MARIA ELENA MARTINEZ MORENO, LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO Y PAULA DIAZ MECO ALVAREZ 2373
- 520 EL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS Y SUS FUNCIONES**
MARIA ELENA MARTINEZ MORENO, LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO Y PAULA DIAZ MECO ALVAREZ 2377
- 521 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO**
MARIA ELENA MARTINEZ MORENO, LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO Y PAULA DIAZ MECO ALVAREZ 2381
- 522 EL FONTANERO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y EL AISLAMIENTO TÉRMICO EN LAS TUBERÍAS**
PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, JUAN CANO PATERNA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR Y FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA 2385
- 523 EL FONTANERO Y LAS PISCINAS DE REHABILITACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS**
PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, JUAN CANO PATERNA, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA Y ANTONIO RUIZ ESCUDERO 2389

- 524EL FONTANERO Y SU FUNCION ANTE EL ATASCO DE LOS
DESAGÜES EN UN HOSPITAL**
PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, FRANCISCO GONZALEZ
TEBAR, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO
Y JUAN CANO PATERNA 2393
- 525EL CELADOR Y SU ACTUACION EN ALMACÉN Y SUMINISTROS
HOSPITALARIOS**
MARÍA MOYA APARICIO, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ,
MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS, MARIA DEL MAR
ABENGOZAR ARIAS Y MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA 2397
- 526EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
MARÍA MOYA APARICIO, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ,
MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS, MARIA DEL MAR
ABENGOZAR ARIAS Y MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA 2401
- 527EL CELADOR Y SU FUNCION EN LA MOVILIZACIÓN DE
PACIENTES CON GRÚA**
MARÍA MOYA APARICIO, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ,
MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS, MARIA DEL MAR
ABENGOZAR ARIAS Y MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA 2405
- 528EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y
DOCUMENTACIÓN SANITARIA**
SANDRA RONCERO GONZÁLEZ, ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA, M^a
FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA
ROSA Y MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ 2409
- 529EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA
UNIDAD DE RADIOLOGÍA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
SANDRA RONCERO GONZÁLEZ, ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA, M^a
FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA
ROSA Y MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ 2413

- 530 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL DEL HOSPITAL**
M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA, MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ, SANDRA RONCERO GONZÁLEZ Y ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA 2417
- 531 LA GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A LAS RECLAMACIONES Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE**
M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA, CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO Y LAURA MONTERO MARTÍNEZ 2421
- 532 EL PERSONAL SUBALTERNO COMO CELADOR DE REFUERZO AL RESTO DE PERSONAL NO SANITARIO. FUNCIONES DEL CELADOR DE REFUERZO**
JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ, MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, CRISTINA ANTONAYA MORCILLO Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 2425
- 533 FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE**
JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ, MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, CRISTINA ANTONAYA MORCILLO Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 2429
- 534 EL ALMACÉN GENERAL DEL CENTRO HOSPITALARIO. FUNCIONES DEL CELADOR ADSCRITO AL ALMACÉN GENERAL DE UN HOSPITAL**
JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ, MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, CRISTINA ANTONAYA MORCILLO Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 2433
- 535 OBJETIVOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO O PACIENTE Y EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS QUE ATIENDEN EL SERVICIO**
MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO, ANA MARIA CARPIO ACEDO, GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO, NIEVES BERMEJO PARRAS Y MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE 2437

- 536EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL LABORATORIO**
MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ, FRANCISCO LÓPEZ
CUTANDA, JOSE LUIS BENITEZ LASERMA, ALBA ROMERO PARADA
Y MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 2443
- 537EL CELADOR Y SU FUNCION EN CUIDADOS PALIATIVOS**
MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ, FRANCISCO LÓPEZ
CUTANDA, JOSE LUIS BENITEZ LASERMA, ALBA ROMERO PARADA
Y MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 2447
- 538LAS ACTUACIONES DE UN CELADOR EN LAS UNIDADES DE
PSIQUIATRÍA**
MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ, FRANCISCO LÓPEZ
CUTANDA, JOSE LUIS BENITEZ LASERMA, ALBA ROMERO PARADA
Y MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 2451
- 539RECORRIDO NORMATIVO SOBRE EL DERECHO A LA
PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA
RESPONSABILIDAD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTA
MATERIA**
NIEVES BERMEJO PARRAS, MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE,
MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO, ANA MARIA CARPIO
ACEDO Y GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO 2455
- 540EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y EL MANEJO DE
LAS HOJAS DE CÁLCULO: LIBREOFFICE CALC**
ANA MARIA CARPIO ACEDO, GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO,
NIEVES BERMEJO PARRAS, MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE Y
MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO 2461
- 541EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN
PRIMARIA**
MARÍA GARCÍA ALBERCA, JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA
CARMEN ALARCÓN ALCOLEA, MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS Y
MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ 2465

- 542 LAS FUNCIONES DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS**
MARÍA GARCÍA ALBERCA, JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA, MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ Y MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS 2469
- 543 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARÍA GARCÍA ALBERCA, JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA, MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ Y MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS 2473
- 544 EL CELADOR COMO PARTE DE UN EQUIPO**
DOLORES ROMERO ROMÁN, RUBÉN QUESADA CASTRO, JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO, ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA Y INMACULADA SEVILLA SERRANO 2477
- 545 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO. ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA**
MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO, LUIS ARJONA ROMERO, MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO, NATALIA SERRANO OÑORO Y MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA 2481
- 546 EL CELADOR DURANTE LA ACTUACIÓN DE POSICIONAR A UN PACIENTE DE PIE**
LUIS ARJONA ROMERO, MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO, NATALIA SERRANO OÑORO, MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA Y MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO 2485
- 547 EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN. FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PUERTA DE REHABILITACIÓN**
NATALIA SERRANO OÑORO, MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO, LUIS ARJONA ROMERO Y MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO 2489

- 548EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE UN CENTRO SANITARIO Y LESIONES PROPIAS DE SU TRATABAJO: SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**
LAURA MONTERO NIEVES, ROCIO NAVARRO CUTANDA, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2493
- 549EL ROL DE LOS CELADORES EN EL ENTORNO QUIRÚRGICO: CONTRIBUCIONES ESENCIALES**
ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ, JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO, JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ, SUSANA B GALLEGU DEL CERRO Y SERGIO REPISO FERNÁNDEZ 2497
- 550OPTIMIZANDO EL DESEMPEÑO DEL CELADOR EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS: GARANTIZANDO LA CALIDAD**
ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ, JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ, JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO, SERGIO REPISO FERNÁNDEZ Y SUSANA B GALLEGU DEL CERRO 2501
- 551OPTIMIZANDO LA ERGONOMÍA EN TAREAS DE MOVILIZACIÓN Y CUIDADO: MEJORANDO LA SALUD DEL CELADOR**
ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ, SERGIO REPISO FERNÁNDEZ, SUSANA B GALLEGU DEL CERRO, JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO Y JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ 2505
- 552DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**
INMACULADA SEVILLA SERRANO, DOLORES ROMERO ROMÁN, RUBÉN QUESADA CASTRO, JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO Y ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA 2509
- 553EL RIESGO BIOLÓGICO EN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL CELADOR**
CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO, JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA Y PABLO MARTÍN ESCABIAS 2513

- 554EL EQUIPO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA. EL PAPEL DEL
CELADOR EN EL QUIRÓFANO Y SUS FUNCIONES
LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ, INMACULADA
CONCEPCION BASTANTE ACEÑA Y BEATRIZ CHICO ARCHE 2519
- 555EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
FUNCIONES ESPECÍFICAS Y CONOCIMIENTO GENERAL DEL
SISTEMA DE APARATOS
LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ, INMACULADA
CONCEPCION BASTANTE ACEÑA Y BEATRIZ CHICO ARCHE 2523
- 556TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN E INMOVIZACIÓN EN EL
PACIENTE ENCAMADO. POSICIONES CORPORALES Y
DISPOSITIVOS DE AYUDA
LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ, INMACULADA
CONCEPCION BASTANTE ACEÑA Y BEATRIZ CHICO ARCHE 2527
- 557PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA CAMA HOSPITALARIA Y
TIPOS DE CAMA QUE PUEDE MANEJAR EL CELADOR EN SU
PUESTO DE TRABAJO
INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA, BEATRIZ CHICO
ARCHE Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2533
- 558EL TRABAJO DEL CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE
MEDICINA NUCLEAR
BEATRIZ CHICO ARCHE, INMACULADA CONCEPCION BASTANTE
ACEÑA Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2537
- 559LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DENTRO DEL ÁREA DE PUNTO
DE EXTRACCIÓN
BEATRIZ CHICO ARCHE, INMACULADA CONCEPCION BASTANTE
ACEÑA Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2541
- 560EL CELADOR EN LA UNIDAD DEL PACIENTE. LAS
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES Y LOS OBJETOS Y MOBILIARIO
QUE EL CELADOR MANEJA EN ELLA
INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA, BEATRIZ CHICO
ARCHE Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2545

- 561 LA FIGURA DEL CELADOR Y SUS COMPETENCIAS DENTRO DEL
SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS**
BEATRIZ CHICO ARCHE, INMACULADA CONCEPCION BASTANTE
ACEÑA Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2549
- 562 EL CELADOR Y SU TRABAJO EN EL ALMACÉN DE LOS
HOSPITALES**
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA,
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, JUAN FELIP GOLDERO Y PEDRO
JOSÉ DEL OLMO NAVARRO 2553
- 563 EL CELADOR Y SU COMETIDO EN EL ANIMALARIO**
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA,
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, JUAN FELIP GOLDERO Y PEDRO
JOSÉ DEL OLMO NAVARRO 2557
- 564 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE TIENE EN EL SERVICIO DE
REHABILITACIÓN**
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA,
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, JUAN FELIP GOLDERO Y PEDRO
JOSÉ DEL OLMO NAVARRO 2561
- 565 CONOCIMIENTOS DEL CELADOR ANTE EL MANEJO DE LAS
CAMAS ESPECIALES EXISTENTES EN UCI**
RAUL MARIN RAMIREZ, RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ, FELIX
MARTIN-NIETO MORENO, NOHEMI GARCIA FUENTES Y PLACIDO
FERNÁNDEZ GÁMEZ 2565
- 566 EL CELADOR Y LA RELACION CON EL PACIENTE Y LOS
FAMILIARES**
RAUL MARIN RAMIREZ, RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ, FELIX
MARTIN-NIETO MORENO, NOHEMI GARCIA FUENTES Y PLACIDO
FERNÁNDEZ GÁMEZ 2569
- 567 EL CELADOR EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES Y SUS
CONOCIMIENTOS SOBRE LAS POSICIONES ANATÓMICAS**
RAUL MARIN RAMIREZ, RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ, FELIX
MARTIN-NIETO MORENO, NOHEMI GARCIA FUENTES Y PLACIDO
FERNÁNDEZ GÁMEZ 2573

- 568 LAS FUNCIONES QUE DEBE DE REALIZAR EL CELADOR EN GENERAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
RAQUEL GARRIDO CALA, JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2577
- 569 LAS DISTINTAS LABORES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
RAQUEL GARRIDO CALA, JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2581
- 570 LAS DISTINTAS FUNCIONES QUE DEBEN DE DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO**
RAQUEL GARRIDO CALA, JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2585
- 571 MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
ALMUDENA GALINDO GARVI, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2589
- 572 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS DE UN HOSPITAL**
MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ, MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO, JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO Y MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO 2593
- 573 CAMBIOS DEL PERSONAL ESTATUARIO TEMPORAL RESPECTO AL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS HOSPITALARIOS**
MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ, MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO, JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO Y MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO 2597

- 574 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
 JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO, RUBÉN QUESADA
 CASTRO, ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA, DOLORES
 ROMERO ROMÁN Y INMACULADA SEVILLA SERRANO 2601
- 575 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SU ATENCIÓN HACIA LOS
 PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD**
 JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO, MARIA
 GEMA JIMENEZ HIDALGO, MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ Y
 MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO 2605
- 576 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
 INTENSIVOS**
 REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA, MARÍA DOLORES ALMENDRAL
 TOMÉ, JONATAN VICENTE BARROSO, GLORIA PANIAGUA LEAL Y
 JUANA DUQUE DUQUE 2609
- 577 EL CELADOR Y SU FUNCIÓN ANTE EL PACIENTE FALLECIDO**
 REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA, MARÍA DOLORES ALMENDRAL
 TOMÉ, JONATAN VICENTE BARROSO, GLORIA PANIAGUA LEAL Y
 JUANA DUQUE DUQUE 2613
- 578 EL CELADOR Y SU COMETIDO DENTRO DE LA LAVANDERÍA
 HOSPITALARIA**
 REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA, MARÍA DOLORES ALMENDRAL
 TOMÉ, JONATAN VICENTE BARROSO, GLORIA PANIAGUA LEAL Y
 JUANA DUQUE DUQUE 2617
- 579 DESAFÍOS DEL CELADOR EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
 HADILLA MOHAMED ABDESELAM 2621
- 580 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y LA
 IMPORTANCIA DE DESINFECCIÓN DE LA ROPA SANITARIA**
 BELEN MAÑAS SÁNCHEZ Y JAVIER SANCHEZ CASTELLANOS 2625
- 581 ASISTENCIA SANITARIA PARA PERSONAS EXTRANJERAS NO
 REGULARIZADAS: EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
 CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO, MARIA COTILLAS
 GUERRERO, LAURA NAVARRO BALLESTEROS Y ADRIANA
 NAVARRO BALLESTEROS 2629

- 582 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS**
CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO, MARIA COTILLAS GUERRERO, LAURA NAVARRO BALLESTEROS Y ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS 2637
- 583 INSTALACIÓN DE LA ACOMETIDA AÉREA: EL PAPEL DEL ELECTRICISTA**
ADRIAN GONZALEZ LASSO Y DAVID NAVARRO SAN JULIAN 2643
- 584 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO SANITARIO**
LORENA SORIANO ALARCON, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ, BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ Y ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ 2647
- 585 ASISTENCIA A PACIENTES EXTRANJEROS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
LORENA SORIANO ALARCON, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ, BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ Y ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ 2651
- 586 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A PANTALLAS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ, LORENA SORIANO ALARCON Y MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ 2655
- 587 GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE EXTRANJEROS/TARJETA SANITARIA EUROPEA PARA COBRO DE FACTURACIÓN A TERCEROS BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL**
MARIA JOSE ROMERO PEREZ, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, SUSANA OCHOA GUIJARRO, ANA MARIA PATO DE PABLO Y MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN 2659

- 588EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS PARTES JUDICIALES DE LESIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
MARIA JOSE ROMERO PEREZ, SUSANA OCHOA GUIJARRO, ANA MARIA PATO DE PABLO, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ Y MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN 2663
- 589EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA COBRO A TERCEROS NO BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL**
MARIA JOSE ROMERO PEREZ, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, SUSANA OCHOA GUIJARRO, ANA MARIA PATO DE PABLO Y MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN 2667
- 590EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS LABORALES QUE PUEDAN DESARROLLAR EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES DENTRO DEL TRABAJO**
MARIA COTILLAS GUERRERO, CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO, LAURA NAVARRO BALLESTEROS Y ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS 2669
- 591EL PINCHE DE COCINA COMBATIENDO ROMPER LA CADENA DE FRÍO**
CRISTINA CAMARENA CRIADO, ELENA MARTÍNEZ BENITO, MONICA GARCIA RUBIO, MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA Y PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS 2675
- 592EL PINCHE DE COCINA. TRABAJANDO EN LA COCINA DE UN HOSPITAL GERIÁTRICO**
CRISTINA CAMARENA CRIADO, PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA, MONICA GARCIA RUBIO Y ELENA MARTÍNEZ BENITO 2679
- 593EL PINCHE EN APOYO A LA ELABORACIÓN DE LA DIETA BAJA EN POTASIO**
CRISTINA CAMARENA CRIADO, MONICA GARCIA RUBIO, ELENA MARTÍNEZ BENITO, PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS Y MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA 2683

- 594 LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LA PACIENTE EMBARAZADA O EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA**
JUAN PRUAÑO, JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, NOELIA ESCALONILLA, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN 2687
- 595 LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL**
JUAN PRUAÑO, JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, NOELIA ESCALONILLA, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN 2691
- 596 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
JUAN PRUAÑO, JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, NOELIA ESCALONILLA, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN 2695
- 597 FUNCIONES A REALIZAR POR EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES, FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ, RUBÉN RUIZ ESTEBAN Y MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO 2699
- 598 FUNCIONES Y TAREAS A REALIZAR POR EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL**
FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES, FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ, RUBÉN RUIZ ESTEBAN Y MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO 2703
- 599 FUNCIONES Y TRABAJO DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS. CONCEPTOS BÁSICOS Y TÉCNICAS DE AUTOPSIAS**
FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES, FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ, RUBÉN RUIZ ESTEBAN Y MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO 2707

- 600EL CALEFACTOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU ACCIÓN EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS**
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO, ANTONIO RUIZ ESCUDERO Y FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA 2711
- 601EL CALEFACTOR Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN EN LOS QUIRÓFANOS DE UN HOSPITAL**
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO, ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO Y ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ 2715
- 602EL CALEFACTOR Y AISLAMIENTO DE TUBERIAS Y CONDUCTOS DE CLIMATIZACIÓN DE UN HOSPITAL**
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, ANTONIO RUIZ ESCUDERO, ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA 2719
- 603EL CELADOR EN EL ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA**
PABLO MARTÍN ESCABIAS, JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA Y CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO 2723
- 604LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
NURIA GARCÍA GARRIDO, VICENTE GARCIA MARTÍNEZ, VICENTE GARCÍA GARRIDO, CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA Y VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ 2727
- 605PERSONAL DE LAVANDERÍA Y PLANCHA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS: LA MANIPULACIÓN DE ROPA LIMPIA Y SUCIA**
ALMUDENA GALINDO GARVI, MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2731

- 606 EL MECÁNICO DE UN HOSPITAL Y LOS ARREGLOS EN UNA
COCINA HOSPITALARIA: EL HORNO**
CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, RAFAEL LARA BARBERÁ, JUAN
ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y
ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO 2735
- 607 EL MECÁNICO DEL HOSPITAL Y ARREGLO DE LAS MÁQUINAS DE
ENDOSCOPIAS**
CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO,
RAFAEL LARA BARBERÁ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y JUAN
ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ 2739
- 608 EL MANTENIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DE LAS
HABITACIONES POR EL MECÁNICO EN UN CENTRO SANITARIO:
FUNCIONES**
ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ,
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, JUAN ALBERTO TOLEDO
BLÁZQUEZ Y RAFAEL LARA BARBERÁ 2743
- 609 CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS**
NURIA JIMÉNEZ DÍAZ, DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ
DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ Y ROCIO LIMON
RUIZ 2747
- 610 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO**
NURIA JIMÉNEZ DÍAZ, DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ
DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ Y ROCIO LIMON
RUIZ 2751
- 611 LA ACTITUD QUE DEBE TENER EL CELADOR ANTE LOS
FAMILIARES DE UN EXITUS**
DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ DEL OLMO, MARIA
MAPARO LOPEZ MARTINEZ, ROCIO LIMON RUIZ Y NURIA JIMÉNEZ
DÍAZ 2755

- 612 LA VITAL FUNCIÓN DEL CELADOR EN EL ALMACÉN
HOSPITALARIO**
JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA, CARLOS JESUS CARMONA
HIDALGO Y PABLO MARTÍN ESCABIAS 2759
- 613 AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y ESTRÉS LABORAL**
JOSEFA COUQUE MOTILLA, MERCEDES GARCÍA GARCÍA,
VERÓNICA PÉREZ ORTIZ, MARIA JOSE MORA CEREZO Y MARÍA
TERESA GARCIA JIMENEZ 2765
- 614 LA ESCUCHA ACTIVA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE**
JOSEFA COUQUE MOTILLA, MERCEDES GARCÍA GARCÍA,
VERÓNICA PÉREZ ORTIZ, MARIA JOSE MORA CEREZO Y MARÍA
TERESA GARCIA JIMENEZ 2769
- 615 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECCIÓN DE
SUGERENCIAS QUEJAS Y RECLAMACIONES.**
MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO, M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO
Y TERESA JAREÑO ROMERA 2773
- 616 EL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE LOS CENTROS
HOSPITALARIOS. FUNCIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS
REALIZADAS POR EL CELADOR DE CONSULTAS**
VICENTE GARCÍA GARRIDO, CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA,
VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ, NURIA GARCÍA GARRIDO Y
VICENTE GARCIA MARTÍNEZ 2777
- 617 LA ERGONOMÍA EN LA OFICINA DE UN AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
JOSEFA COUQUE MOTILLA, MARIA JOSE MORA CEREZO,
MERCEDES GARCÍA GARCÍA, VERÓNICA PÉREZ ORTIZ Y MARÍA
TERESA GARCIA JIMENEZ 2783
- 618 EL CELADOR DE QUIRÓFANO. FUNCIONES DE REFUERZO AL
RESTO DE QUIRÓFANOS Y A LA UNIDAD DE REANIMACIÓN**
VICENTE GARCÍA GARRIDO, CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA,
VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ, NURIA GARCÍA GARRIDO Y
VICENTE GARCIA MARTÍNEZ 2787

619 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO	
LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN, RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ Y MARÍA CELIBERTI RIBERA	2791
620 EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA	
ENCARNACION PATERNA SERNA, BEATRIZ MARÍN GARCÍA, MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ, LLANOS LANDETE LOPEZ Y MANUEL INOCENCIO MORALES	2795
621 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UN QUIRÓFANO HOSPITALARIO	
ENCARNACION PATERNA SERNA, BEATRIZ MARÍN GARCÍA, MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ, LLANOS LANDETE LOPEZ Y MANUEL INOCENCIO MORALES	2799
622 EL PINCHE DE COCINA Y EL MANEJO DE LOS PRODUCTOS CONGELADOS	
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ	2803
623 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE AMBULANCIA HOSPITALARIA	
ENCARNACION PATERNA SERNA, BEATRIZ MARÍN GARCÍA, MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ, LLANOS LANDETE LOPEZ Y MANUEL INOCENCIO MORALES	2807
624 AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA	
TERESA JAREÑO ROMERA, MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO Y M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO	2811
625 COORDINACIÓN DE MUESTRAS Y DOCUMENTACIÓN EN LABORATORIOS MÉDICOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
JORGE VARELA GUERRA, YAMILA MOHAMED MOHAMED, MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO, MARILINI DELGADO MEJIA Y LORENA DUARTE SÁNCHEZ	2815

- 626 EL CELADOR EN LA RECEPCIÓN DE LAS PLANTAS
HOSPITALARIAS
MARÍA DEL RIVERO ARTIME 2821**
- 627 GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO
POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA,
MARIA DEL MAR PALENCIA RICO, BELÉN LOSA MARTÍNEZ Y
MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS 2825**
- 628 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA
TRAMITACIÓN DE REINTEGRO DE GASTOS DE ASISTENCIA
SANITARIA
TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA,
MARIA DEL MAR PALENCIA RICO, BELÉN LOSA MARTÍNEZ Y
MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS 2831**
- 629 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, LA INTERPOSICIÓN, CAUSAS DE
INADMISIÓN Y SUSPENSIÓN DE LA EJECUCIÓN DE RECURSO
TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA,
MARIA DEL MAR PALENCIA RICO, BELÉN LOSA MARTÍNEZ Y
MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS 2837**
- 630 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: RIESGOS Y RECOMENDACIONES
ASOCIADAS AL TRABAJO CON PANTALLAS DE ORDENADOR
FRANCISCA BOTIJA GARRIDO, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES
ROMERO VERGARA, GLORIA HERNANDEZ TOMAS Y JUAN
BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2841**
- 631 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS
FRANCISCA BOTIJA GARRIDO, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES
ROMERO VERGARA, GLORIA HERNANDEZ TOMAS Y JUAN
BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2847**
- 632 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE CITAS EN LOS
CENTROS DE SALUD
FRANCISCA BOTIJA GARRIDO, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES
ROMERO VERGARA, GLORIA HERNANDEZ TOMAS Y JUAN
BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2853**

- 633 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS DISTINTAS FUNCIONES
DENTRO DE LA SALUD MENTAL**
M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO, MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO
Y TERESA JAREÑO ROMERA 2859
- 634 ACTUACIONES DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE
ESPECIALIDADES DE URGENCIAS**
LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ
NAVARRO, RAMON QUINTANILLA OLMEDO, JUAN LUIS TOLEDO
GOMEZ Y BARBARO GONZALEZ MARTINEZ 2863
- 635 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN EL
QUIRÓFANO DE OJOS**
LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ
NAVARRO, RAMON QUINTANILLA OLMEDO, JUAN LUIS TOLEDO
GOMEZ Y BARBARO GONZALEZ MARTINEZ 2867
- 636 ACTUACIONES DE LOS CELADORES EN LA LA UNIDAD DE
REANIMACIÓN**
LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ
NAVARRO, RAMON QUINTANILLA OLMEDO, JUAN LUIS TOLEDO
GOMEZ Y BARBARO GONZALEZ MARTINEZ 2871
- 637 EL PACIENTE FALLECIDO: ACTUACIONES DEL CELADOR**
RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ, MARÍA CELIBERTI RIBERA Y
LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN 2875
- 638 EL CELADOR DESTINADO EN EL SERVICIO DE APARATO
DIGESTIVO**
MARIO PALOMARES JIMENEZ, FERNANDO LIZANO FERNANDEZ,
MIGUEL ANGEL VELA SANTOS, MARIA DEL CARMEN
VILLANUEVA LOPEZ Y ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA 2881
- 639 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ICTUS Y ENFERMEDADES
CEREBROVASCULARES**
MARIO PALOMARES JIMENEZ, FERNANDO LIZANO FERNANDEZ,
MIGUEL ANGEL VELA SANTOS, MARIA DEL CARMEN
VILLANUEVA LOPEZ Y ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA 2885

- 640EL TRABAJO DEL CELADOR DESTINADO EN LOS BOXES DE URGENCIAS**
MARIO PALOMARES JIMENEZ, FERNANDO LIZANO FERNANDEZ,
MIGUEL ANGEL VELA SANTOS, MARIA DEL CARMEN
VILLANUEVA LOPEZ Y ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA 2889
- 641LA INCLUSIÓN LABORAL: EXPERIENCIAS DE CELADORES DISCAPACITADOS EN LOS HOSPITALES**
ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN, ANA BELEN MARTIN DIAZ,
MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ Y
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 2893
- 642LA GESTIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**
LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES, ELENA ROMERO ROMERO,
MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO, MIRIAM CABAÑAS MORENO Y
CRISTINA REDRUEJO MORA 2901
- 643EL PAPEL DE LA INFORMÁTICA EN LA GESTIÓN DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES, MARÍA ISABEL CABAÑAS
MORENO, ELENA ROMERO ROMERO, CRISTINA REDRUEJO MORA Y
MIRIAM CABAÑAS MORENO 2905
- 644LA CONTRIBUCIÓN DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA PROTECCIÓN DE DATOS**
LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES, MIRIAM CABAÑAS MORENO,
CRISTINA REDRUEJO MORA, ELENA ROMERO ROMERO Y MARÍA
ISABEL CABAÑAS MORENO 2909
- 645DEL TRANSPORTE AL BIENESTAR: LA DIVERSIDAD DE FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL HOSPITAL**
ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN, ANA BELEN MARTIN DIAZ,
ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS Y
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 2913

- 646 LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN LOS HOSPITALES POR LOS CELADORES: DE LA PRIVACIDAD A LA CALIDAD**
ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN, ANA BELEN MARTIN DIAZ,
ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS Y
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 2921
- 647 EL CALEFACTOR Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN QUE SE USA EN LOS QUIRÓFANOS**
FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, JAVIER
ALTAMIRANO VILLANUEVA, FRANCISCO MANUEL CEJUDO
AGUILAR Y JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ 2927
- 648 PREPARACIÓN INVERNAL DE SISTEMAS DE CALEFACCIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS POR EL CALEFACTOR**
FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, JAVIER
ALTAMIRANO VILLANUEVA, JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ Y
FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR 2931
- 649 PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y AISLAMIENTO DE TUBERIAS Y CONDUCTOS DE CLIMATIZACION**
JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, JOSE ALTAMIRANO
SANCHEZ, FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR, FRANCISCO
LÓPEZ CUTANDA Y JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ 2935
- 650 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
MARÍA DEL RIVERO ARTIME 2939
- 651 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA ZONA DE QUIRÓFANO**
CRISTINA MORENO CUESTAS, JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO,
ANTONIO GARCIA TOMAS, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA Y IZASKU
RODRIGUEZ CUESTA 2943
- 652 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
CRISTINA MORENO CUESTAS, JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO,
ANTONIO GARCIA TOMAS, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA Y IZASKU
RODRIGUEZ CUESTA 2947

- 653 LA ACCIÓN DEL CELADOR JUNTO AL RESTO DEL EQUIPO ANTE UN PACIENTE SUJETO TERAPÉUTICAMENTE CON SUJECIÓN MECÁNICA.**
JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO, ANTONIO GARCIA TOMAS,
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, IZASKU RODRIGUEZ CUESTA Y
CRISTINA MORENO CUESTAS 2951
- 654 MANTENIMIENTO ELÉCTRICO PREVENTIVO PARA EQUIPOS INDUSTRIALES EN HOSPITALES**
ADRIAN GONZALEZ LASSO Y DAVID NAVARRO SAN JULIAN 2955
- 655 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA**
ISABEL MILAGROS GARCÍA PÉREZ 2959
- 656 EL CELADOR Y SU LABOR EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO**
MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ, MARCELO DE PAZ MUÑOZ,
HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN
MORA SANTIAGO 2963
- 657 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DENTRO DE UN ALMACÉN HOSPITALARIO**
MARCELO DE PAZ MUÑOZ, HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, MARI
CARMEN MUÑOZ DÍAZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN MORA
SANTIAGO 2967
- 658 EL PERSONAL DE CELADOR Y SUS FUNCIONES DENTRO DE UNA AMBULANCIA**
HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ,
MARCELO DE PAZ MUÑOZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN
MORA SANTIAGO 2971
- 659 LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ENTORNO SANITARIA CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO**
BEATRIZ PEREZ PEREZ, ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ,
FRANCISCO AMARILLO GARCÍA, IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO Y
CRISTINA PÉREZ PÉREZ 2975

- 660 ATENDIENDO LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL: EL SERVICIO DE ROPA Y LENCERÍA**
CRISTINA GARCIA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y MANUEL GALDÓN GARVÍ 2981
- 661 LOS PACIENTES CONFLICTIVOS Y BELIGERANTES EN EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO**
BEATRIZ PEREZ PEREZ, CRISTINA PÉREZ PÉREZ, IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO, FRANCISCO AMARILLO GARCÍA Y ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ 2987
- 662 LA ADMINISTRACIÓN DE LA AGENDA MÉDICA Y EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
BEATRIZ PEREZ PEREZ, FRANCISCO AMARILLO GARCÍA, ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ, CRISTINA PÉREZ PÉREZ Y IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO 2993
- 663 RIESGOS Y CONSIDERACIONES EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS**
SANDRA GARCÍA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, CRISTINA GARCIA REYES Y MANUEL GALDÓN GARVÍ 2999
- 664 PROCESAMIENTO DE ROPA SUCIA EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS**
SANDRA GARCÍA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, MANUEL GALDÓN GARVÍ Y CRISTINA GARCIA REYES 3007
- 665 LAVADO Y DESINFECCIÓN EN LAVANDERÍAS DE HOSPITALES**
SANDRA GARCÍA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, MANUEL GALDÓN GARVÍ Y CRISTINA GARCIA REYES 3013

- 666SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO EN LAVANDERÍA HOSPITALARIA**
MANUEL GALDÓN GARVÍ, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y CRISTINA GARCIA REYES 3019
- 667SISTEMA DE SUMINISTRO Y REPOSICIÓN DE ROPA EN LAVANDERÍAS PARA HOSPITALES**
MANUEL GALDÓN GARVÍ, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y CRISTINA GARCIA REYES 3025
- 668AMBIENTE EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA**
VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 3029
- 669LA GESTIÓN DEL ADMINISTRATIVO CON EL EXPEDIENTE MÉDICO: FUNCIONES Y RESPONSABILIDAD DEL ADMINISTRATIVO EN SU RELACIÓN CON EL EXPEDIENTE MEDICO.**
MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO 3035
- 670MEDIDAS DE PROTECCIÓN LABORAL EN EL SERVICIO DE PLANCHADO DEL HOSPITAL**
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 3039
- 671 EL ROL DEL CELADOR EN EL ARCHIVO HOSPITALARIO**
JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA, MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA Y VERÓNICA PASTRANA RUIZ 3045
- 672LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO: SEGURIDAD Y BIENESTAR**
JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA, ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, VERÓNICA PASTRANA RUIZ Y MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA 3049

- 673 LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS CELADORES EN
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA, MARIA ISABEL ARIAS SOTOCÁ,
VERÓNICA PASTRANA RUIZ, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ Y
ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA 3053
- 674 COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS.**
MARÍA CELIBERTI RIBERA, RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ Y
LETICIA HERNÁNDEZ BELTRÁN 3057
- 675 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA LOS ELECTRICISTAS**
DAVID NAVARRO SAN JULIAN Y ADRIAN GONZALEZ LASSO 3061
- 676 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: SEGURIDAD EN LOS
SISTEMAS INFORMÁTICOS DE LOS DATOS, CONCEPTOS
RELACIONADOS**
EVA MUÑOZ ESPIN 3065
- 677 ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LAS BASES DE DATOS
SANITARIAS Y PROGRAMAS DEDICADOS A LA
ADMINISTRACIÓN SANITARIA**
BIANCA ANCUTA PUSCAS, BEATRIZ CERCEDA LORENZANA Y
CRISTINA RUIZ SORIA 3069
- 678 LA GESTIÓN EN PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y
GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES EN EL ÁMBITO
SANITARIO SEGÚN EL ADMINISTRATIVO**
CRISTINA RUIZ SORIA, BIANCA ANCUTA PUSCAS Y BEATRIZ
CERCEDA LORENZANA 3073
- 679 EL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LA CREACIÓN Y
ADMINISTRACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA SANITARIA**
BEATRIZ CERCEDA LORENZANA, CRISTINA RUIZ SORIA Y BIANCA
ANCUTA PUSCAS 3077

- 680EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: ACCIDENTE BIOLÓGICO DURANTE EL DESBARASE**
JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO Y MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS 3081
- 681EL ROL DEL CELADOR EN LA INCLUSIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDADES FÍSICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS, MARÍA BERNARDA
DOMENECH BUELE, RAÚL MARTÍN GARCÍA, ENCARNA LOPEZ
CABALLERO Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 3085
- 682EL CELADOR FRENTE AL CUIDADO Y RESPETO DEL PACIENTE HOSPITALARIO**
RAÚL MARTÍN GARCÍA, MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE,
MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS, ENCARNA LOPEZ
CABALLERO Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 3089
- 683EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU LABOR EN LA PREPARACIÓN DE MATERIAS PRIMAS PARA ELABORAR DIETAS**
JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO, MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS, ALICIA SÁNCHEZ
LLANOS Y FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ 3093
- 684EL CELADOR EN LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACION Y TRANSPORTE DE PACIENTES**
MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE, RAÚL MARTÍN GARCÍA,
MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS, ENCARNA LOPEZ
CABALLERO Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 3097
- 685EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LAS MÁQUINAS EN LA COCINA HOSPITALARIA**
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, MARÍA CONCEPCIÓN
GARCIA-HERAS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 3101

- 686EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
ELENA SÁNCHEZ LLANOS, RAÚL MARTÍN GARCÍA, ARANZAZU
RODRÍGUEZ GRANADOS, JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ Y
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ 3105
- 687EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: FUNCIONES
BÁSICAS Y GENERALES Y ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS**
ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ELENA GALÁN MORANTE,
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 3109
- 688EL CELADOR EN ZONA DE QUIRÓFANO**
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, JOSE ANDRES BRAVO
FERNANDEZ, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO Y MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS 3113
- 689EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO:
CONSECUENCIAS Y RIESGOS DE TRABAJAR EN TURNOS
ROTATORIOS**
ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ELENA GALÁN MORANTE,
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 3117
- 690EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL CUIDADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO**
ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES 3121
- 691EL CELADOR HOSPITALARIO: FALTA DE PREPARACIÓN POR
PARTE DE LAS GERENCIAS CONTRATADORAS**
ELENA SÁNCHEZ LLANOS, JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ,
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ Y
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO 3125
- 692EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: HISTORIA CLÍNICA**
EVA MARIA LOBATO DIAZ, ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 3129

693	TIPOS DE RIESGOS ERGONÓMICOS Y LAS LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN EL MANEJO DE CARGAS POR ALBAÑILES Y PERSONAL DE OFICIOS DEL HOSPITAL DIEGO RODRÍGUEZ RABADÁN ALHAMBRA	3133
694	EL CELADOR HOSPITALARIO: LABORES CON PACIENTES TERMINALES Y POSIBLES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EVA MARIA LOBATO DIAZ, ELENA GALÁN MORANTE, FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS Y ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	3137
695	EL CELADOR Y EL ASEO DEL PACIENTE DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ	3141
696	EL TELEFONISTA HOSPITALARIO: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES SOCIALES ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS	3145
697	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA CRISTINA MORA GALÁN, CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CORNELIA ANA BISU Y MARTA YOUSRI VÁZQUEZ	3149
698	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU TRABAJO EN LAS SECRETARÍAS HOSPITALARIAS CRISTINA MORA GALÁN, CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CORNELIA ANA BISU Y MARTA YOUSRI VÁZQUEZ	3153
699	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA BOLSA QUIRÚRGICA CRISTINA MORA GALÁN, CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CORNELIA ANA BISU Y MARTA YOUSRI VÁZQUEZ	3157

- 700 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL
ÁREA DE RADIOTERAPIA HOSPITALARIA**
MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, DIANA AZCARAY GÓMEZ,
MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS, ELIA GIJON GARCIA Y CRISTINA
GALAN SANANDRES 3163
- 701 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL
ÁREA DE QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA**
MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, CRISTINA GALAN SANANDRES,
DIANA AZCARAY GÓMEZ, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS Y ELIA
GIJON GARCIA 3167
- 702 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL
ÁREA DE URGENCIAS NEONATAS HOSPITALARIA**
MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, DIANA AZCARAY GÓMEZ,
MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS, ELIA GIJON GARCIA Y CRISTINA
GALAN SANANDRES 3171
- 703 OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN SANITARIA**
SONIA ABAD CORTES 3175
- 704 ATENCIÓN DEL CELADOR HOSPITALARIO A LOS PACIENTES
DISCAPACITADOS**
ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ, ROSA MARÍA MUÑOZ
SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, JOSÉ MANUEL
MORA FERNÁNDEZ Y MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ 3179
- 705 EL CELADOR HOSPITALARIO Y SU LABOR DE RESPETO Y
CUIDADO DEL PACIENTE**
ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ, ALEJANDRO MORALES
HERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, JOSÉ MANUEL
MORA FERNÁNDEZ Y MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ 3183
- 706 EL CELADOR HOSPITALARIO Y SU CONOCIMIENTO DE LAS
DISTINTAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN**
JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA
CASTRO, MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ, ALEJANDRO MORALES
HERNÁNDEZ Y ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ 3187

- 707 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS**
MARÍA LOZANO LÓPEZ, VICTOR MOLINA SUAREZ, CRISTINA GAHETE PAREJA, M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO 3191
- 708 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN HEMODIÁLISIS**
MARÍA LOZANO LÓPEZ, VICTOR MOLINA SUAREZ, CRISTINA GAHETE PAREJA, M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO 3195
- 709 LOS TIPOS DE ESTERILIZACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA LOZANO LÓPEZ, VICTOR MOLINA SUAREZ, CRISTINA GAHETE PAREJA, M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO 3199
- 710 EL CELADOR EN EL ALMACÉN**
JUANI NAHARRO MILLA, JAVIER CRUZ SANTIAGO, ISABEL MARIA GROMADA, MARIA JOSE GARCIA ATIENZA Y ALEJANDRO LÓPEZ JARA 3203
- 711 LA IMPORTANCIA Y DESAFÍOS DE LA TURNICIDAD DEL CELADOR EN EL HOSPITAL**
ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA, MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN, DOMENICA AUDITORE BRICHETE, SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA Y MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ 3207
- 712 EL ROL DEL CELADOR EN EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL**
MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ, MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN, ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA, DOMENICA AUDITORE BRICHETE Y SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA 3211
- 713 ERGONOMÍA PARA CELADORES EN EL HOSPITAL**
SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA, MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN, ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA, DOMENICA AUDITORE BRICHETE Y MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ 3215

- 714 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS SITUACIONES DE HIPOGLUCEMIA**
MARTA ROJAS CAÑAS 3219
- 715 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON OSTOMÍA**
TAMARA CARRILLO LÓPEZ, ARACELI CARVAJAL TANTE, SONIA CORROCHANO GARRIDO, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3223
- 716 EL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN NEONATOS**
TAMARA CARRILLO LÓPEZ, ARACELI CARVAJAL TANTE, SONIA CORROCHANO GARRIDO, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3227
- 717 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACION**
SONIA CORROCHANO GARRIDO, TAMARA CARRILLO LÓPEZ, ARACELI CARVAJAL TANTE, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3231
- 718 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO**
CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, MIGUEL SORIA TORRALBA, MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO Y VIRGINIA CUERDA CANO 3235
- 719 HIGIENE Y LIMPIEZA DEL PINCHE DE COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, ANTONIA FERNANDEZ BELLON, MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN, MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA Y VICTOR SERRANO SIMON 3241
- 720 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, MIGUEL SORIA TORRALBA, MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO Y VIRGINIA CUERDA CANO 3245

- 721 EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN**
CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS
GONZÁLEZ, MIGUEL SORIA TORRALBA, MARIA FRANCISCA
AVENDAÑO FILOSO Y VIRGINIA CUERDA CANO 3249
- 722 LAVADO DE CABELLO DEL PACIENTE ENCAMADO POR EL CELADOR**
MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA CAMINO MUÑOZ, MIGUEL
ANGEL ASPERILLA LOPEZ, NATALIA MARCOS GÓMEZ Y RAUL
MARTIN CARO CUDERO 3253
- 723 PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA QUE NECESITA INTERVENCIÓN POR EL CELADOR**
MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA CAMINO MUÑOZ, MIGUEL
ANGEL ASPERILLA LOPEZ, NATALIA MARCOS GÓMEZ Y RAUL
MARTIN CARO CUDERO 3257
- 724 EL QUIRÓFANO DE URGENCIAS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA CAMINO MUÑOZ, MIGUEL
ANGEL ASPERILLA LOPEZ, NATALIA MARCOS GÓMEZ Y RAUL
MARTIN CARO CUDERO 3261
- 725 ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PERSONAL DE UN HOSPITAL**
MONICA NAVARRO AGUILERA, LARA ALVAREZ ALCAIDE, MARTA
ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA ORTEGA
GOMEZ 3265
- 726 LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO MIEMBRO DEL SERVICIO DE ADMISION DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL**
MONICA NAVARRO AGUILERA, LARA ALVAREZ ALCAIDE, MARTA
ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA ORTEGA
GOMEZ 3271

- 727 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)**
MONICA NAVARRO AGUILERA, LARA ALVAREZ ALCAIDE, MARTA ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA ORTEGA GOMEZ
3277
- 728 PREPARACIÓN DE ALIMENTOS SEGUROS PARA PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIO**
MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN, ANTONIA FERNANDEZ BELLON, VICTOR SERRANO SIMON, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ Y MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA
3281
- 729 ACTIVIDADES QUE DESARROLLA EL PINCHE DE COCINA EN EL CENTRO Y TREN DE LAVADO DE UNA COCINA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
VERONICA DONOSO CONDE, MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, ROSA MARIA BRAVO LOPEZ, FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE
3285
- 730 FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PINCHE DE COCINA EN EL ECONOMATO O ZONA DE ALMACENAMIENTO DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
VERONICA DONOSO CONDE, MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, ROSA MARIA BRAVO LOPEZ, FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE
3291
- 731 FUNCIONES QUE LLEVA A CABO EL PINCHE DE COCINA EN EL OFFICE DE UNA COCINA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
VERONICA DONOSO CONDE, MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, ROSA MARIA BRAVO LOPEZ, FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ Y MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE
3295

- 732 CÓMO ALMACENAR ADECUADAMENTE LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS POR EL PINCHE**
JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, VIRTUDES HONRUBIA AROCA,
FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ Y
MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3299
- 733 QUÉ DEBE SABER EL PINCHE EN CUESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA COCINA HOSPITALARIA**
JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, VIRTUDES HONRUBIA AROCA,
FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ Y
MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3303
- 734 CÓMO REALIZAR POR EL PINCHE LA PREELABORACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, VIRTUDES HONRUBIA AROCA,
FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ Y
MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3307
- 735 EL IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA EN LOS PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA EN LA NUTRICIÓN Y LA TEXTURA DE LOS ALIMENTOS PARA LOS PACIENTES**
ANTONIA FERNANDEZ BELLON, VICTOR SERRANO SIMON,
CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA Y
MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN 3311
- 736 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA**
CARLOS ARCHIDONA BASTANTE 3315
- 737 CELADOR EN PUERTA DE HOSPITAL**
LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS, MARÍA DEL
MILAGRO GALLEGO CASTILLA, RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO,
FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ Y MARIA LUISA
MONEDERO IZQUIERDO 3323

- 738 EFECTOS DE LA CORRIENTE EN EL CUERPO DEL PERSONAL MECÁNICO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
OSCAR CASTILLO ESPADAS, ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO, MARIO MARTÍNEZ LEÓN Y JUSTINIANO RODRIGO NARANJO 3327
- 739 ÁREAS ORGANIZATIVAS DEL SERVICIO DE LAVANDERIA Y PLANCHADO EN EL AMBITO HOSPITALARIO. PERSONAL DE LAVANDERIA Y PLANCHA**
ALMUDENA GALINDO GARVI, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 3331
- 740 EL PERSONAL MECÁNICO EN EL MANTENIMIENTO DE UNA HABITACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, OSCAR CASTILLO ESPADAS, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO, MARIO MARTÍNEZ LEÓN Y JUSTINIANO RODRIGO NARANJO 3335
- 741 EL PERSONAL MECÁNICO Y LA RED DE TUBOS CILÍNDRICOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
JUSTINIANO RODRIGO NARANJO, OSCAR CASTILLO ESPADAS, ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO Y MARIO MARTÍNEZ LEÓN 3339
- 742 SALUD EMOCIONAL DEL PERSONAL NO SANITARIO**
MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ 3343
- 743 MANEJO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL DEL PERSONAL NO SANITARIO**
MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ 3347
- 744 EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA HERNIA DISCAL**
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, JUAN CARLOS PÉREZ SELVA, JUSTO CANALES BARTOLOME, ANTONIO HERVÁS GARCÍA Y MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA 3351

- 745 EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN DE UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO**
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, ANTONIO HERVÁS GARCÍA, MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA, JUAN CARLOS PÉREZ SELVA Y JUSTO CANALES BARTOLOME 3355
- 746 ARTRITIS REUMATOIDE DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LA FISIOTERAPIA**
VIRGINIA PÉREZ BRAVO, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, ANA BELÉN DÍAZ RODENAS Y RAQUEL NAVARRO PONCE 3359
- 747 PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LA FISIOTERAPIA**
VIRGINIA PÉREZ BRAVO, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, ANA BELÉN DÍAZ RODENAS Y RAQUEL NAVARRO PONCE 3363
- 748 DOLOR CRÓNICO DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LA FISIOTERAPIA**
VIRGINIA PÉREZ BRAVO, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, ANA BELÉN DÍAZ RODENAS Y RAQUEL NAVARRO PONCE 3369
- 749 SALUD LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS .**
MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ ALVAREZ, NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ Y ANA BELÉN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 3375
- 750 LOS BENEFICIOS DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y DEL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO COMPETENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN Y SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA 3381

- 751 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO, ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL ESTRÉS Y EL BURNOUT
SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA Y MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN 3385
- 752 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ESPACIO DESTINADO AL ALMACÉN HOSPITALARIO
SARAY RODRÍGUEZ, DIEGO GUZMÁN LOPEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ, MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ Y M CARMEN NAVARRO RAYA 3389
- 753 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ALMACÉN DE SUMINISTROS DE SUEROS EN EL HOSPITAL
SARAY RODRÍGUEZ, DIEGO GUZMÁN LOPEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ, MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ Y M CARMEN NAVARRO RAYA 3393
- 754 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ÁREA DE HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA
SARAY RODRÍGUEZ, DIEGO GUZMÁN LOPEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ, MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ Y M CARMEN NAVARRO RAYA 3397
- 755 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARIA DE PEDIATRIA DE UN HOSPITAL
ALMUDENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ 3401
- 756 EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DEL CELADOR QUE TRABAJA EN LA ZONA DE SUCIO DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID 19
MARIA PILAR ESCOBAR INFANTE Y ISABEL MARIA SARRIA ARROYO 3405
- 757 LESIONES MAS HABITUALES DEL AUXILIAR ADMINSTRATIVO SANITARIO
ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO, MARINA GUERRERO GARCIA, NURIA CARRASCO MURILLO, FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA Y PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS 3409

- 758 EL CELADOR EN DISTINTOS SERVICIOS SANITARIOS**
ISABEL MARIA SARRIA ARROYO Y MARIA PILAR ESCOBAR
INFANTE 3413
- 759 EL PINCHE Y COMO LIMPIAR Y DESINFECTAR LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO, ROSARIO MARTINEZ
DOMINGUEZ, ANA GARCÍA, LIDIA GIL MORENO Y MARÍA JOSÉ
COPETE ESPARCIA 3417
- 760 LA MALA MANIPULACIÓN MANUAL QUE DEBE DE EVITAR EL PINCHE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO, ROSARIO MARTINEZ
DOMINGUEZ, ANA GARCÍA, LIDIA GIL MORENO Y MARÍA JOSÉ
COPETE ESPARCIA 3421
- 761 QUE TIPO DE TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS TIENE QUE TENER EN CUENTA EL PINCHE EN LA COCINA HOSPITALARIA**
MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO, ROSARIO MARTINEZ
DOMINGUEZ, ANA GARCÍA, LIDIA GIL MORENO Y MARÍA JOSÉ
COPETE ESPARCIA 3425
- 762 GESTIÓN POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LAS LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICAS**
PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS, FRANCISCO JOSÉ VERGAZ
TORRECILLA, NURIA CARRASCO MURILLO, ANA MARÍA
BARRAJÓN EXPÓSITO Y MARINA GUERRERO GARCIA 3431
- 763 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA**
TERESA SANCHEZ-DIEZMA, CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ,
EUGENIA PARDO DE LA CUADRA, LUCIA SANTOS ESCALONILLA Y
LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA 3435

- 764 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA
VASCULAR
TERESA SANCHEZ-DIEZMA, LUCIA SANTOS ESCALONILLA,
EUGENIA PARDO DE LA CUADRA, CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ Y
LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA 3439
- 765 LA PARTICIPACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN
PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EN EL ENTORNO
HOSPITALARIO
NURIA CARRASCO MURILLO, FRANCISCO JOSÉ VERGAZ
TORRECILLA, PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS, ANA MARÍA
BARRAJÓN EXPÓSITO Y MARINA GUERRERO GARCIA 3445
- 766 TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS DENTRO DE LA COCINA
HOSPITALARIA
FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO 3449
- 767 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR
ADMINISTRATIVO Y LOS TIPOS DE PACIENTES EN CONFLICTO
DOMENICA AUDITORE BRICHETE, SOLEDAD DEL PUEBLO
MOLINA Y MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN 3453
- 768 EXPOSICIÓN DEL PERSONAL HOSPITALARIO A LOS RIESGOS
ERGONÓMICOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE SU
TRABAJO
ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ 3457
- 769 CUIDADOS DEL PACIENTE EN LAS NECESIDADES DE
MOVILIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
DESDE EL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
SILVIA EXPOSITO, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ALEXANDRA
ARANDA ROMERO, CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN Y ANGELA
GUIRADO MARTOS 3461

- 770 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO ESCOLAR
DESDE EL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL**
SILVIA EXPOSITO, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ALEXANDRA
ARANDA ROMERO, CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN Y ANGELA
GUIRADO MARTOS 3465
- 771 GERONTOLOGÍA Y SALUD EN LA TERCERA EDAD DESDE EL
ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL**
SILVIA EXPOSITO, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ALEXANDRA
ARANDA ROMERO, ANGELA GUIRADO MARTOS Y CLARA ISABEL
POVEDA ORTÍN 3469
- 772 AUXILIAR NO SANITARIO. IMPORTANCIA DE SU FORMACIÓN EN
PRIMEROS AUXILIOS**
ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ 3473
- 773 FUNCIONES DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN AL
PACIENTE**
VIRGINIA CUERDA CANO, CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES Y
ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ 3477
- 774 FUNCIONES DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN
PRIMARIA**
VIRGINIA CUERDA CANO, CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES Y
ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ 3483
- 775 EDUCACIÓN SANITARIA. IMPORTANCIA DE SU IMPLANTACIÓN
EN LA SOCIEDAD PARA QUE ESTA SEA MÁS SANA**
ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ 3487
- 776 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE IMPLANTE
VÍTREO**
MAGDALENA SALAZAR CANO, CARMEN MORA DÍAZ, GREGORIA
DUQUE LORENTE, PABLO MARTÍN SERRANO Y DIANA MIRA
RODRÍGUEZ 3491

- 777 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA EXTERNA DE ELECTROMIOGRAFÍA**
MAGDALENA SALAZAR CANO, CARMEN MORA DÍAZ, GREGORIA DUQUE LORENTE, PABLO MARTÍN SERRANO Y DIANA MIRA RODRÍGUEZ 3495
- 778 EL TRABAJADOR EN LA ZONA LIMPIA POR LA PLANCHADORA DE LOS HOSPITALES**
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, URSULA DIAZ SEGOVIA, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA Y MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3499
- 779 LOS PRODUCTOS QUÍMICOS QUE SE USAN PARA LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y EN LA PLANCHA EN CENTROS SANITARIOS**
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, URSULA DIAZ SEGOVIA Y MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3503
- 780 LOS PROBLEMAS ERGONÓMICOS QUE SE DAN EN EL PERSONAL DE LA PLANCHA EN CENTROS SANITARIOS**
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, URSULA DIAZ SEGOVIA Y MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3507
- 781 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA EXTERNA**
MAGDALENA SALAZAR CANO, CARMEN MORA DÍAZ, GREGORIA DUQUE LORENTE, PABLO MARTÍN SERRANO Y DIANA MIRA RODRÍGUEZ 3511
- 782 LOS CELADORES COMO APOYO EN LA INCLUSIÓN Y LA ACCESIBILIDAD**
LUIS ANGEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, JUAN ANTONIO NIEBLAS RODRÍGUEZ Y M^a DEL CARMEN MUÑOZ COBOS 3515

- 783 COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DEL COPROCULTIVO**
M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO, RAQUEL PIÑERO BLANCO,
NURIA ALFARO LA ORDEN, PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO Y
NOELIA TORIJA GARCIA 3519
- 784 COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE PARÁSITOS EN HECES**
M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO, RAQUEL PIÑERO BLANCO,
NURIA ALFARO LA ORDEN, PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO Y
NOELIA TORIJA GARCIA 3523
- 785 PROMOCIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO EN EL ALTA HOSPITALARIA, EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO INFANTIL, TRAS HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS. EL PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL**
OLGA LÓPEZ DURÁN, SONIA CANO PIQUERAS, MIRIAM SOSA GORDO, JOSEFA CAÑAS CARRILLO Y ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA 3527
- 786 TERAPIA OCUPACIONAL E INTEGRACIÓN SENSORIAL EN SÍNDROME DE DOWN**
OLGA LÓPEZ DURÁN, ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA, SONIA CANO PIQUERAS, MIRIAM SOSA GORDO Y JOSEFA CAÑAS CARRILLO 3533
- 787 LAS ZONAS VERDES Y LA SALUD. VISIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL**
OLGA LÓPEZ DURÁN, JOSEFA CAÑAS CARRILLO, ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA, MIRIAM SOSA GORDO Y SONIA CANO PIQUERAS 3539
- 788 EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO: TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA Y BRAQUITERAPIA.**
ISABEL GARCÍA AGUDIN 3545

- 789 NORMAS HIGIÉNICO SANITARIAS A SEGUIR POR EL PINCHE EN
LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
ISABEL MORENO SÁEZ, PATROCINIO ALFARO GARCIA, NIEVES
GÓMEZ ZAPATA, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3549
- 790 PREVENCIÓN DE ACIDENTES PARA EL PINCHE DE UNA COCINA
DE HOSPITALARIA**
ISABEL MORENO SÁEZ, PATROCINIO ALFARO GARCIA, NIEVES
GÓMEZ ZAPATA, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3555
- 791 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU CONOCIMIIENTO
SOBRE LAS DIETAS Y SU CLASIFICACIÓN**
ISABEL MORENO SÁEZ, PATROCINIO ALFARO GARCIA, NIEVES
GÓMEZ ZAPATA, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3559

Capítulo 1

RINITIS ALÉRGICA: SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

La rinitis alérgica es una patología que afecta a la mucosa nasal cursando con inflamación de la misma y es producida por una reacción exagerada del sistema inmunitario a sustancias que se encuentran en el aire, llamadas alérgenos. Entre estos alérgenos se encuentran el polen de las plantas, el polvo, la caspa de los animales o los ácaros. Cuando una persona alérgica inhala estos alérgenos, el cuerpo libera unas sustancias químicas que causan inflamación e irritación de la mucosa nasal [1]. Esto provoca una sintomatología que causa congestión nasal, picazón y prurito en la nariz y los ojos, estornudos y tos. La sintomatología que provoca suele afectar a la calidad de vida de las personas que los sufren, ya que interfieren con el sueño, el trabajo, el estudio y las actividades sociales. Además,

la rinitis alérgica puede estar asociada con otras enfermedades como el asma, la sinusitis o la otitis media [2].

Para poder diagnosticar rinitis alérgica a un paciente se debe valorar su historia clínica, realizar un examen físico que incluya pruebas tópicas y análisis clínicos con el fin de identificar los alérgenos causantes de la reacción. El tratamiento tiene como objetivo evitar o reducir la exposición a los alérgenos, aliviar los síntomas con medicamentos y mejorar la función nasal con medidas higiénicas y educativas. En algunos casos, se puede recurrir a la inmunoterapia específica, que consiste en administrar dosis progresivas del alérgeno para inducir una tolerancia inmunológica [1].

La importancia de la revisión bibliográfica acerca de la rinitis alérgica es que supone una enfermedad muy frecuente en la población general, que afecta a entre el 10% y el 30% de los adultos y hasta el 40% de los niños. Su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas debido a factores ambientales, genéticos y epigenéticos. Se estima que más de 500 millones de personas en el mundo padecen rinitis alérgica. Por ello, se considera un problema de salud pública que requiere una atención adecuada y una prevención eficaz [3].

2 Objetivos

Objetivo general:

- Dar a conocer en profundidad la rinitis alérgica, sus causas, síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores epidemiológicos, etiológicos y fisiopatológicos que influyen en la aparición y el desarrollo de la rinitis alérgica.
- Diferenciar los tipos y las formas clínicas de la rinitis alérgica según su duración, frecuencia e intensidad.
- Comparar las alternativas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo de la rinitis alérgica.
- Estimar el impacto de la rinitis alérgica en la calidad de vida, el rendimiento y el riesgo de comorbilidades.

3 Metodología

La metodología empleada para realizar este trabajo de carácter descriptivo consiste en una revisión bibliográfica de fuentes científicas sobre la rinitis alérgica. Para ello, se ha realizado una búsqueda selectiva en libros, revistas y artículos

científicos que aborden los aspectos epidemiológicos, etiológicos, fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos de esta enfermedad.

Se han utilizado las siguientes páginas web como fuentes de información: PubMed, NCBI Bookshelf y PMC.

Se han aplicado los siguientes criterios de inclusión y exclusión: se seleccionaron los documentos escritos en inglés y español, de tipo original o de revisión, con una calidad metodológica adecuada y publicados entre el año 2004 y el 2022.

Se han utilizado las siguientes palabras clave y sus combinaciones para la búsqueda: rinitis alérgica, alergia nasal, fiebre del heno, polen, polvo, ácaros, caspa de animales, inflamación nasal, síntomas nasales, diagnóstico nasal, tratamiento nasal y prevención nasal. Los términos se combinaron utilizando los operadores booleanos AND y OR.

Los títulos y resúmenes de los documentos obtenidos se han revisado y se han seleccionado aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se ha obtenido acceso al texto completo de los documentos seleccionados y se ha llevado a cabo una lectura crítica y analítica de ellos.

Se ha extraído la información necesaria para lograr los objetivos del proyecto y se ha organizado en las diversas secciones del proyecto.

Se han realizado una síntesis e interpretación de los hallazgos y se han llegado a las conclusiones pertinentes.

4 Resultados

Durante la búsqueda bibliográfica inicial se encontraron 450 referencias, de las cuales 200 fueron eliminadas porque eran duplicadas o no cumplían con los criterios de inclusión. De las 250 referencias restantes, 241 fueron eliminadas por no estar relacionadas con el tema, ser de tipo editorial o comentario, o presentar una calidad metodológica deficiente. Finalmente, la revisión incluyó 9 artículos que hablaron sobre los factores epidemiológicos, etiológicos, fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos de la rinitis alérgica.

Dentro de los artículos seleccionados se ha podido concluir que la rinitis alérgica es una enfermedad inflamatoria de la mucosa nasal inducida por la exposición a alérgenos que desencadenan una respuesta mediada por IgE. Se caracteriza por síntomas como goteo y congestión nasal, picazón y prurito en la nariz y los ojos, y estornudos. Estos síntomas pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes y estar asociados con otras enfermedades como el asma, la dermatitis atópica, la conjuntivitis alérgica, la rinosinusitis y la otitis media. La prevalencia de la rinitis alérgica es alta en la población general y ha aumentado en las últimas décadas

debido a factores ambientales, genéticos y epigenéticos. Se estima que más de 500 millones de personas en el mundo padecen rinitis alérgica [11].

El diagnóstico de la rinitis alérgica está basado en la historia clínica del paciente, el examen físico que deben mostrar una relación entre los síntomas y la exposición a los alérgenos. Además, se debe confirmar la presencia de IgE específica frente a los alérgenos mediante pruebas cutáneas o de sangre. Estas pruebas permiten identificar los alérgenos causantes de la alergia y orientar el tratamiento específico. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar estas pruebas en los pacientes que no responden al tratamiento empírico, cuando el diagnóstico es incierto o cuando se necesita conocer el alérgeno específico para iniciar o ajustar la terapia [4, 9].

El tratamiento de la rinitis alérgica debe combinar tanto el control del paciente a la exposición ambiental a los alérgenos como el tratamiento farmacológico y la inmunoterapia específica. El control ambiental consiste en reducir o eliminar la exposición a los alérgenos mediante medidas higiénicas, filtros de aire, fundas antiácaros o eliminación de mascotas. Sin embargo, esta medida tiene una eficacia limitada y no siempre es posible o aceptable para el paciente [4].

El tratamiento de primera línea para todos los pacientes con rinitis alérgica son los corticosteroides intranasales, ya que son los más eficaces para reducir la inflamación nasal y mejorar todos los síntomas. Tienen un buen perfil de seguridad y se pueden usar a largo plazo [4, 7]. Por otro lado, tenemos los antihistamínicos orales o intranasales, siendo, por tanto, el tratamiento de segunda línea y utilizados en su mayoría cuando predominan los síntomas de estornudos y picazón. Los antihistamínicos orales de segunda generación son menos sedantes y tienen una mayor duración de acción que los de primera generación. Los antihistamínicos intranasales tienen un inicio rápido de acción y son más eficaces que los orales para los síntomas nasales [4, 8]. También es una opción terapéutica los antagonistas de los receptores de leucotrienos para los pacientes con rinitis alérgica, pero no son tan eficaces como los corticosteroides intranasales [6]. Se pueden usar en combinación con otros fármacos para los casos graves o refractarios. Los descongestionantes orales o intranasales son útiles para aliviar la congestión nasal, pero no se recomienda su uso prolongado por sus efectos secundarios [8]. Finalmente, el cromoglicato sódico es un fármaco que reduce el goteo nasal, la rinorrea y el prurito nasal, por lo que es una opción razonable [10].

La inmunoterapia específica consiste en administrar dosis progresivas del extracto del alérgeno al que el paciente es sensible para inducir una tolerancia inmunológica. Se puede realizar por vía subcutánea o sublingual. La inmunoterapia es eficaz para la rinitis alérgica inducida por el polen, el polvo, los ácaros y

el veneno de himenópteros. Se recomienda ofrecerla o derivarla a los pacientes que tienen una respuesta insuficiente a los síntomas con el tratamiento farmacológico, con o sin medidas de control ambiental [4, 5].

La cirugía es un tratamiento que se puede indicar en los casos de desviación del tabique nasal que causa obstrucción, hipertrofia de los cornetes resistentes a los fármacos, rinosinusitis crónica o pólipos nasales [8].

Portnoy et al, revisaron la literatura médica [12] y sus resultados mostraron que los corticosteroides intranasales y la inmunoterapia alérgica fueron los más eficaces, y los antihistamínicos no sedantes y el montelukast los menos eficaces. Estos datos pueden ayudar a los clínicos a elegir el tratamiento más adecuado para cada paciente.

En definitiva, la rinitis alérgica es una enfermedad frecuente y relevante que requiere un diagnóstico y un tratamiento adecuados. El manejo de la rinitis alérgica debe seguir las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y adaptarse a las características y preferencias de cada paciente. El tratamiento debe combinar la evitación o el control ambiental de los alérgenos, el tratamiento farmacológico y la inmunoterapia específica.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para la elaboración de este trabajo, se puede afirmar que la rinitis alérgica es una enfermedad frecuente y relevante que requiere un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

Se destaca la importancia de que el manejo de la rinitis alérgica debe seguir las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y adaptarse a las características y preferencias de cada paciente.

Es fundamental que el tratamiento combine la evitación o el control ambiental de los alérgenos, el tratamiento farmacológico y la inmunoterapia específica para una adecuada curación del paciente.

6 Bibliografía

1. Mayo Clinic. Rinitis alérgica (fiebre del heno) - Síntomas y causas. Rochester (MN): Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2021 [citado 31 julio 2021]. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hay-fever/symptoms-causes/syc-20373039>.
2. MedlinePlus. Rinitis alérgica: MedlinePlus enciclopedia médica. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2021 [citado 31 julio 2021]. <https://>

medlineplus.gov/spanish/ency/article/000813.htm.

3. MD.Saúde. Rinitis alérgica: qué es, síntomas y tratamiento. Rio de Janeiro: MD.Saúde; 2021 [citado 31 julio 2021]. <https://www.mdsaude.com/es/otorrinolaringologia-es/rinitis-alergica/>.

4. Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonner JR, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015 Feb;152(1 Suppl): S1-43.

5. Douglass JA, O'Hehir RE. Diagnosis, treatment and prevention of allergic disease: the basics. *Med J Aust*. 2006 Aug 21;185(4):228-33.

6. Greiner AN, Hellings PW, Rotiroti G, Scadding GK. Allergic rhinitis. *Lancet*. 2011 Dec 17;378(9809):2112-22.

7. Portnoy JM, Van Osdol T, Williams PB. Evidence-based strategies for treatment of allergic rhinitis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2004 Nov;4(6):439-46.

8. Varshney J, Varshney H. Allergic Rhinitis: an Overview. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015 Jun;67(2):143-9.

9. Wallace DV, Dykewicz MS, Oppenheimer J, Portnoy JM, Lang DM. Pharmacologic treatment of seasonal allergic rhinitis: synopsis of guidance from the 2017 Joint Task Force on Practice Parameters [published correction appears in *Ann Intern Med*. 2018 Jan 16;168(2):144.

10. Weaver-Agostoni JA, Kosak Z, Bartlett S. Allergic Rhinitis: Rapid Evidence Review [published correction appears in *Am Fam Physician*. 2020 Nov 15;102(10):586].

11. Pawankar, R. Allergic Diseases and Asthma: A Global Public Health Concern and a Call to Action. Milwaukee (WI): World Allergy Organization; 2013 [citado 31 julio 2021]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24940476/>

12. Mehta R. Allergy and Asthma: Allergic Rhinitis and Allergic Conjunctivitis. *FP Essent*. 2018 Sep;472:11-15.

Capítulo 2

APLICACIÓN DEL MODELO LEAN HEALTHCARE Y HERRAMIENTAS DE BUSINESS PROCESS AUTOMATION (BPA) PARA LA REDUCCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA: REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO

DANIEL ANDRÉ RIVERA AQUIJE

1 Introducción

Actualmente, Perú es de los países que menos invierten en el sector salud, según la Organización mundial de la salud, se reporta un nivel bajo en la inversión y una incorrecta gestión de los recursos de salud, siendo estos los principales factores que afectan a los peruanos dentro de este rubro.

Si delimitamos la problemática, sería necesario mencionar la preocupante dilatación del tiempo de espera junto con el maltrato en la atención al paciente, destacándose como algunos de los principales problemas que presentan los establecimientos de salud del estado.

Basándonos en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2014, el 49,3% de los encuestados identificaron como principal problema la demora en la atención de salud, el 34,4% indicó el maltrato en la atención y el 18,1% la falta de medicamentos en las farmacias de los establecimientos del mismo. Ahora bien, el presente caso clínico tuvo lugar en una entidad de salud pública con recursos limitados de la ciudad de Lima, en donde

se aplicó un modelo combinado Lean Healthcare basándose en la asignación de los pacientes y un modelo BPA para reestructurar el área de trabajo; mediante la aplicación de este modelo, se buscó reducir los tiempos de espera y establecer un plan de mejora continua Gemba Kaizen.

2 Objetivos

Analizar los resultados de la aplicación de un modelo Lean Healthcare dentro de una entidad de salud pública de recursos limitados en Perú, donde, en simultaneidad, se distinguen las fases estratégicas que involucra el plan de control de la metodología aplicada.

3 Caso clínico

En la investigación, se propuso el diseño de un modelo de mejora que abarcó 3 fases, en la primera fase, se registró un modelo de pronóstico de demanda del tipo ARIMA el cual condujo a la simulación de la capacidad de atención del sistema, a la par, se trabajó con la implementación de políticas de buenas prácticas de almacenamiento, en la segunda fase se estandarizaron los procesos y finalmente, en la fase final, se aplicó un plan Gemba Kaizen. Para la revisión del caso, se analizaron los resultados obtenidos en la investigación estudiada. La aplicación del modelo fue dividida en dos planes pilotos, las aplicaciones de las herramientas Lean Healthcare se basó en asignación de citas, análisis de capacidad del sistema y pronóstico de la demanda y, por otro lado, el segundo piloto, el cual se basó en aplicar un sistema reestructurado BPA en el área de trabajo.

Inicialmente, para el día 1, el tiempo de espera mostró una reducción en 65.86%, mientras que en el día 2, la reducción mostró un alcance del 60.98% y en el día 3, la aplicación se trabajó con base en los procesos de aplicación ejecutados, los cuales fueron de 13.72% para pacientes nuevos, 13.48 % para los pacientes frecuentes y un reflejo del 11.59 % para pacientes que requieren aplicación de tratamiento. De manera adicional, debemos considerar que en la implementación del modelo ARIMA se realizó la simulación de manera automática para la obtención de cola mínima en el sistema, asimismo, las dimensiones establecidas en la zona de trabajo fueron de: Dimensión almacén: 51cm x 369cm x194cm, dimensión carpetas 31cm x 26cm x 39cm y dimensión ergonómica para 1.74, intervalo de 68cm a 163cm. Asimismo, la estandarización de los procesos se basó en Takt Time para la consideración de la capacidad de atención y su relación con las horas críticas.

De modo que, los resultados de la aplicación directa del modelo de simulación, la cual se enfocó en la asignación de pacientes (día 1 y día 2), presentaron extraordinariamente mejores resultados en contraste con los resultados obtenidos del modelo enfocado en BPA, por lo tanto, la simulación de sistemas directamente enfocados en la capacidad de atención es más eficiente con respecto a la reducción de tiempos de espera en entidades de salud públicas.

4 Discusión-Conclusión

El estudio pudo demostrar la efectividad de la herramienta Lean Healthcare para la reducción de tiempos de espera en entidades de salud pública, sin embargo, dentro del modelo generado, se pudo determinar que cierta aplicación directa de herramientas del propio modelo produce mejores resultados, en este caso, la simulación del sistema, el análisis de la capacidad del sistema y el pronóstico de la demanda obtuvieron mejores resultados que la aplicación de políticas de buenas prácticas de almacenamiento. La reducción de los tiempos de espera en ambos planes pilotos es significativa, por lo tanto, en este caso particular se puede afirmar la mejora de resultados de las distintas herramientas que un propio modelo pueda aplicar.

5 Bibliografía

1. El peruano (2023) SUSALUD impuso multas por más de 12 millones de soles por vulneración de derechos en salud desde el 2022. [Comunicado de prensa]. <https://bit.ly/44B7PRX>.
2. LOU (2019) An optimization model to determine appointment scheduling window for an outpatient clinic with patient no-shows. *Health Care Manag Sci.* 2019 Mar;22(1):68-84.
3. MESSAGE (2016) Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. *Production Planning and Control*, 27(10), pp. 823–836.
4. RAMASWAMY (2017) Using Value Stream Mapping to improve quality of care in low-resource facility setting. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(7), pp. 961–965.
5. SAUSA (2017) Servicio de salud presenta más de 47 mil reclamos en lo que va del año. [Comunicado de prensa]. <https://bit.ly/3KazWyW>.
6. World Health Organization.(2019) Good storage and distribution practices for medical products. Vol 33, No. 2. <https://bit.ly/3rFZL3K>.

7. INEI (2014) usuarios esperan más de una hora para ser atendidos en un establecimiento de salud. [Comunicado de prensa]. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendidos-en-un-establecimiento-de-salud-7823/>.

Capítulo 3

GUÍA DE INGRESO EN PACIENTES EN MEDICINA INTERNA

JULIA PÉREZ NIETO

ARIANA ESTEFANÍA PAUNERO MOREJÓN

1 Introducción

Por favor, lea atentamente las siguientes instrucciones y si tiene alguna duda consulte con el personal de enfermería. Nuestro deseo es ayudarle/facilitarle una estancia agradable durante el periodo que permanezca ingresado. Es aconsejable facilitar un teléfono de contacto por si el personal sanitario tuviera que ponerse en contacto con algún familiar o conocido suyo. Esta guía va dirigida a los pacientes que requieren de ingreso en Medicina Interna.

La mayoría de los pacientes que ingresan en esta unidad, son pacientes pluripatológicos que presentan patologías habituales como Insuficiencia cardiaca, Insuficiencia respiratoria y distintas patologías asociadas a su edad. Es necesario definir que es un paciente pluripatológico, el cual presenta sintomatología continua, frecuentes agudizaciones, hospitalizaciones y gran dependencia tanto para las ABVD como para las AIVD.

El servicio de urgencias se pondrá en contacto con la unidad en la que va a ingresar y avisará a su familiar en caso necesario del ingreso.

Cualquier modificación durante la evolución del paciente, será comunicada por su médico.

Los familiares durante la estancia del paciente procurarán:

☒ Intentar dar ánimos al paciente.

☒ Evitar conversaciones que puedan generar al paciente preocupaciones o ansiedad, recordando siempre hechos agradables.

Queremos darle la bienvenida a nuestra Unidad y desearle una pronta recuperación.

2 Objetivos

Dar a conocer una guía de ingreso para pacientes de medicina interna.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica, utilizando las palabras claves seleccionadas, escogiéndose artículos publicados en base de datos, revistas electrónicas y protocolos hospitalarios desde el año 2001 hasta el año 2022 (Pubmed, Cuiden, Dialnet, Scielo, Google Scholar).

Palabras claves: Ingreso, paciente, información.

4 Resultados

INFORMACIÓN GENERAL

☒ Situación de la Unidad de Medicina Interna: Bloque de hospitalización.

☒ Horarios de visita: Los pacientes pueden recibir visitas a lo largo de todo el día, pero es recomendable que estas sean en horario de tarde para un mejor funcionamiento del Hospital. Para favorecer el descanso y la recuperación de los pacientes ingresados y facilitar el trabajo de los profesionales es recomendable que no haya más de dos acompañantes en la habitación por paciente, evitando permanecer en los pasillos.

¡¡¡ATENCIÓN!!! Recuerde durante su visita lavarse las manos a la entrada y la salida para reducir el riesgo de infecciones. Dispone de dispensadores automáticos de gel desinfectante de manos.

☒ EL aseo de las habitaciones son de uso exclusivo de los pacientes.

☒ Durante el aseo de los pacientes los familiares deberán permanecer fuera de las habitaciones.

☒ El horario de información médica que le indique su médico asignado es orientativo.

☒ Horario de la cafetería: 08:00 - 21:30 horas.

☒ Si usted desea que no se conozca que está ingresado indíquelo a su llegada. El Hospital garantiza la confidencialidad de los datos dentro de los límites que establezca la normativa vigente.

☒ Si necesita información adicional visite la web general del Hospital.

☒ Tras llegar a su unidad, el personal de enfermería se presentará, le pondrá el protocolo de bienvenida, le enseñará dónde está ubicado el servicio, armario, mesilla y el funcionamiento de su cama, columna de luces y su timbre. Recuerde llamar solo en caso necesario. Piense que el personal de enfermería puede estar atendiendo una urgencia.

☒ El personal de enfermería avisará al médico de guardia, que le valorará y le pondrá tratamiento. Al día siguiente se le asignará un médico que le llevará a lo largo de todo el ingreso.

☒ Si sigue algún tratamiento médico habitual indíquelo al personal de enfermería en el momento de su ingreso. También debe indicar cualquier alergia o problema que haya tenido con medicamentos, alimentos u otros productos.

☒ Recuerde que debe traer sus utensilios personales de aseo, tales como peine, colonia, cepillo y pasta dental, etc., así como complementos personales tales como zapatillas, calcetines, etc.

ESTANCIA EN EL HOSPITAL

☒ Durante su estancia en el Hospital es conveniente que conozca:

☒ El nombre de su médico/a responsable.

☒ El nombre del supervisor/a de enfermería.

☒ El nombre del personal de enfermería.

☒ El horario y lugar de información médica.

☒ En su habitación dispone de un armario y una mesilla auxiliar en las que puede depositar objetos personales, evitando dejar objetos de valor, ya que el Hospital no se hará responsable de su pérdida o robo.

INFORMACIÓN CLÍNICA

☒ El médico lo visitará diariamente. Los fines de semana y festivos la visita médica se realizará cuando su situación clínica lo requiera.

☒ Por norma general, no se dará información clínica por teléfono, ya que el Hospital debe preservar su intimidad y confidencialidad.

☒ Si no desea que se facilite información médica a algún familiar o allegado, comuníquelo al equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

☒ Antes de abandonar el Hospital asegúrese de haber recibido el informe de alta, en el que se le indica el tratamiento a seguir y la información de los cuidados a seguir. Sólo en algunos casos y con autorización previa lo hará el personal de enfermería. Léalo con atención y pregunte cuantas dudas le surjan. En caso de que se entregue un informe de alta provisional, no se preocupe, porque lo recibirá en breve, por correo. En caso necesario su médico, gestionará su transporte sanitario.

☒ Es recomendable si va a informar a su médico de familia o incluso a su residencia o centro socio-sanitario realizar, si es posible, una fotocopia del informe por si tuviera que utilizarlo para gestionar consultas externas del hospital.

☒ Se entregará una guía de cuidados en el anciano y de úlcera por presión, en caso necesario. Recuerde que si es necesario realizar un seguimiento tendrá que ponerse en contacto a la mayor brevedad posible con su centro de atención primaria. El personal de enfermería, en el momento del alta, realizará un informe que irá directamente a su centro de salud, residencia o centro socio-sanitario. En caso de que usted vaya a un centro socio-sanitario, el personal de enfermería le entregará una copia.

6 Bibliografía

1. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento general de protección de datos).
2. Rodríguez-Vera F. J., Marín Fernández Y., Sánchez A., Borrachero C., Pujol de la Llave E. Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP. *An. Med. Interna (Madrid)* 2003; 20: 27-30.
3. Farnos Brosa G, Ruiz Ruiz D, coordinadores. Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería [monografía en Internet]. Dirección de enfermería- Unidad de docencia, calidad e investigación en enfermería del Hospital Reina Sofía de Córdoba; 2003 [citado 10 dic 2006]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/manual_protocolos_procedim.pdf.
4. Página WEB de SACYL: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es>.

Capítulo 4

INDUCCIÓN DE ANESTESIA GENERAL Y PAPEL DE ENFERMERÍA

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ

ROCIO DIAZ GUZMAN

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

1 Introducción

Normalmente, cuando se habla de anestesia, nos referimos al conjunto de procedimientos necesarios para ejecutar intervenciones quirúrgicas sin dolor ni efectos adversos. Existen diferentes tipos de anestesia: local, regional y general. La anestesia general se define como un estado de depresión del sistema nervioso central inducido con fármacos de forma reversible, para disminuir el estado de conciencia y cualquier reactividad ante el dolor. Una de las grandes ventajas es que permite utilizarla en intervenciones más prolongadas y delicadas. La inducción se lleva a cabo con un grupo de medicamentos con diferencias entre sí pero mediante su combinación tienen la capacidad de conseguir la relajación y sedación del paciente para las intervenciones quirúrgicas. Los fármacos utilizados pueden clasificarse en intravenosos, clasificándose dentro de los mismos entre hipnóticos-analgésicos, analgésicos y relajantes musculares, como son el midazolam, propofol o etomidato, y en inhalatorios, como son el óxido nitroso

e isoflurano, que se administran mediante vapores inhalados por el paciente a través de una mascarilla, en dosis bajas pero muy precisas. Durante la anestesia general es primordial la monitorización continua del paciente y observar su situación hemodinámica. Este tipo de anestesia se divide en tres fases: fase de inducción, fase de mantenimiento y fase del despertar.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes fases de la anestesia general.
- Identificar el papel de enfermería dentro de la administración de la anestesia general.
- Conocer las diferentes complicaciones que se pueden presentar en la administración de anestesia general.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en Internet en diferentes plataformas y principales bases de datos como PubMed, Google Scholar y Elsevier, seleccionando los artículos de mayor relevancia respecto al tema de estudio.

4 Resultados

En primer lugar, ante cualquier intervención quirúrgica sea o no con anestesia general se deberá de realizar una valoración preoperatoria de la situación basal en base al diagnóstico principal del paciente con el objetivo de determinar posibles riesgos y complicaciones o situaciones que deban de ser tenidas en para la intervención.

Previo a la intervención se podrá administrar alguna medicación para prevenir o contrarrestar efectos de lo que supone la propia intervención de manera psicológica como es el miedo y la ansiedad, así como para los fármacos utilizados en la anestesia. Algunos de los síntomas más comunes son las náuseas y vómitos; además, se realizará profilaxis antibiótica para disminuir el riesgo de infección. Si se precisa intubación endotraqueal previo a la inducción de la anestesia se realiza preoxigenación durante 4-5 minutos.

La anestesia general puede dividirse en tres fases:

- **Fase de inducción:** Constituye la fase en la que el estado de conciencia del paciente pasa a ser un estado de coma inducido farmacológicamente. Existen tres objetivos dentro de esta fase: hipnosis, analgesia y relajación muscular. Se administran agentes farmacológicos por vía intravenosa (la mas usual) o mediante vía inhalatoria. Los fármacos utilizados tendrán una acción rápida pero breve recuperación. Tanto la preparación de medicación y material como su administración serán realizados por la enfermera responsable. Los fármacos anestésicos son potentes depresores respiratorios lo que obliga al soporte de la respiración mediante la intubación endotraqueal empleando ventilación mecánica. La intubación consiste en la introducción de un tubo en el interior de la vía aérea del paciente mediante la ayuda de un laringoscopio. La ventilación mecánica consiste en el uso de un respirador, que de forma cíclica aporta un volumen de aire con determinada concentración de oxígeno. El respirador se une al tubo y según necesidad se ajustan los los parámetros para asegurar una ventilación artificial segura y eficaz.

- **Fase de mantenimiento:** Consiste en mantener el estado de inconsciencia durante el tiempo que se precise. La intensidad de la anestesia que se alcanza con una dosis concreta depende de la concentración alcanzada en el tejido cerebral. El coma inducido por anestesia debe mantenerse tanto tiempo como dure la intervención.

Esto se conseguirá con los mismos fármacos expuestos anteriormente y su administración dependerá de la tolerancia y efectos en el paciente. La enfermera se encargará de administrar las dosis extra de anestesia necesarias y preparación de medicación extra que se pueda precisar. Durante la intervención, si el paciente se encuentra intubado, puede precisar aspiración de secreciones de la boca o dentro del tubo.

- **Fase de recuperación o educción:** Consiste en la recuperación progresiva del estado de conciencia basal, así como la respiración espontánea. La hipnosis no asegura la ausencia de dolor por lo que es necesario la administración de fármacos potentes para conseguir este efecto; es importante que el paciente tenga una buena analgesia en el momento del despertar. Respecto a la relajación muscular, se ha de tener especial cuidado al retirar los fármacos hipnóticos y estar seguros de que no existe relajación muscular, al igual que la retirada de la intubación cuando se asegure que el paciente va a ser capaz de realizar los movimientos inspiratorios y espiratorios por sí mismo. El papel de la enfermera en este caso será comprobar que el estado del paciente evoluciona favorablemente y la recuperación sigue su curso, así como administrar medicación pautaada necesaria en el momento del despertar. El control de constantes vitales en este caso es primor-

dial para reflejar la situación hemodinámica del paciente tras la intervención.

Como cualquier otro procedimiento, la anestesia, aunque es poco frecuente tiene sus riesgos. Algunas de las complicaciones más comunes son: reacción alérgica hipotensión, bradicardia, hipotermia, hipoventilación, agitación/desorientación, dolor de garganta, cansancio, etc.

5 Discusión-Conclusión

En primer lugar, ante cualquier intervención quirúrgica sea o no con anestesia general se deberá de realizar una valoración preoperatoria de la situación basal en base al diagnóstico principal del paciente con el objetivo de determinar posibles riesgos y complicaciones o situaciones que deban de ser tenidas en para la intervención.

Previo a la intervención se podrá administrar alguna medicación para prevenir o contrarrestar efectos de lo que supone la propia intervención de manera psicológica como es el miedo y la ansiedad, así como para los fármacos utilizados en la anestesia. Algunos de los síntomas más comunes son las náuseas y vómitos; además, se realizará profilaxis antibiótica para disminuir el riesgo de infección. Si se precisa intubación endotraqueal previo a la inducción de la anestesia se realiza preoxigenación durante 4-5 minutos.

La anestesia general puede dividirse en tres fases:

- Fase de inducción: Constituye la fase en la que el estado de conciencia del paciente pasa a ser un estado de coma inducido farmacológicamente. Existen tres objetivos dentro de esta fase: hipnosis, analgesia y relajación muscular. Se administran agentes farmacológicos por vía intravenosa (la mas usual) o mediante vía inhalatoria. Los fármacos utilizados tendrán una acción rápida pero breve recuperación. Tanto la preparación de medicación y material como su administración serán realizados por la enfermera responsable. Los fármacos anestésicos son potentes depresores respiratorios lo que obliga al soporte de la respiración mediante la intubación endotraqueal empleando ventilación mecánica. La intubación consiste en la introducción de un tubo en el interior de la vía aérea del paciente mediante la ayuda de un laringoscopio. La ventilación mecánica consiste en el uso de un respirador, que de forma cíclica aporta un volumen de aire con determinada concentración de oxígeno. El respirador se une al tubo y según necesidad se ajustan los parámetros para asegurar una ventilación artificial segura y eficaz.
- Fase de mantenimiento: Consiste en mantener el estado de inconsciencia durante el tiempo que se precise. La intensidad de la anestesia que se alcanza con

una dosis concreta depende de la concentración alcanzada en el tejido cerebral. El coma inducido por anestesia debe mantenerse tanto tiempo como dure la intervención.

Esto se conseguirá con los mismos fármacos expuestos anteriormente y su administración dependerá de la tolerancia y efectos en el paciente. La enfermera se encargará de administrar las dosis extra de anestesia necesarias y preparación de medicación extra que se pueda precisar. Durante la intervención, si el paciente se encuentra intubado, puede precisar aspiración de secreciones de la boca o dentro del tubo.

- Fase de recuperación o educación: Consiste en la recuperación progresiva del estado de conciencia basal, así como la respiración espontánea. La hipnosis no asegura la ausencia de dolor por lo que es necesario la administración de fármacos potentes para conseguir este efecto; es importante que el paciente tenga una buena analgesia en el momento del despertar. Respecto a la relajación muscular, se ha de tener especial cuidado al retirar los fármacos hipnóticos y estar seguros de que no existe relajación muscular, al igual que la retirada de la intubación cuando se asegure que el paciente va a ser capaz de realizar los movimientos inspiratorios y espiratorios por sí mismo. El papel de la enfermera en este caso será comprobar que el estado del paciente evoluciona favorablemente y la recuperación sigue su curso, así como administrar medicación pautaada necesaria en el momento del despertar. El control de constantes vitales en este caso es primordial para reflejar la situación hemodinámica del paciente tras la intervención.

Como cualquier otro procedimiento, la anestesia, aunque es poco frecuente tiene sus riesgos. Algunas de las complicaciones más comunes son: reacción alérgica hipotensión, bradicardia, hipotermia, hipoventilación, agitación/desorientación, dolor de garganta, cansancio, etc.

6 Bibliografía

Bibliografía

- [1] Anestésicos Generales. Salusplay.com s/f. <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-farmacologia/anestresicos-generales/resumen> (consultado el 27 de julio de 2023).
- [2] Luis Hernánz F, Fuente L, Manuel J, Llevot R, Luis Hernánz De La Fuente F. Clínica Quirúrgica. Unican.es s/f. https://ocw.unican.es/pluginfile.php/569/course/section/255/tema_1.4.pdf (consultado el 27 de julio de 2023).

[3] Fernández RBJ. M. T. FAUS. Sefh.es s/f. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP02.pdf>

(consultado el 27 de julio de 2023).

[4] Ocronos R. Anestesia general: riesgo y complicaciones. Ocronos - Editorial Científico-Técnica 2022. <https://revistamedica.com/anestesia-general-riesgo-complicaciones/>

(consultado el 27 de julio de 2023).

Capítulo 5

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA CARDIACA

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ

ROCIO DIAZ GUZMAN

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares tienen una de las mayores incidencias en nuestro país, siendo una de las causas de muerte más destacadas, principalmente en el género masculino. En el año 2022, hubo un total de 120.572 muertes en España, ocurriendo en un mayor porcentaje en hombres. Aquellos pacientes cuyas patologías cardiovasculares estén tan avanzadas que la medicación no pueda paliar los síntomas, deben de someterse a una cirugía cardiaca.

La cirugía cardiaca es la rama de la Cirugía que se encarga de prevenir, estudiar y tratar las enfermedades del corazón, el pericardio y sistema vascular de grandes vasos. En los últimos años, la cirugía cardiaca ha experimentado un gran avance y los cuidados que requiere cada vez se han vuelto más específicos. Dentro del equipo de profesionales implicados, el rol de enfermería es fundamental desde que el paciente ingresa en el hospital. En primer lugar, la valoración y admisión

en la unidad además de diversos cuidados preoperatorios, como durante la intervención quirúrgica donde se utiliza una bomba de circulación extracorpórea, hasta los cuidados postoperatorios, con una vigilancia por parte del personal de enfermería durante las 24 horas de todos los signos clínicos: temperatura, tensión arterial, arritmias, drenajes colocados y alta domiciliaria.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes roles de enfermería dentro de los cuidados en el paciente sometido a cirugía cardíaca.
- Identificar las intervenciones de enfermería antes, durante y tras una cirugía cardíaca.

3 Metodología

Para llevar a cabo el siguiente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica de evidencia científica recopilando artículos relacionados con el papel de enfermería en el cuidado de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. La búsqueda ha comprendido durante el mes de Julio de 2023 en las principales bases de datos: PubMed, Google Scholar y Web Of Science. Las palabras clave según los términos MeSH han sido: “nursing”, “cardiac surgical procedures” y “thoracic surgery”.

4 Resultados

Las actividades desempeñadas por el equipo de enfermería pueden dividirse en 3 campos:

- Enfermería preoperatoria: Se encarga de preparar al paciente para la intervención quirúrgica y disminuir las complicaciones post- operatorias. En primer lugar, se realiza la admisión del paciente, consultando todos los datos de interés posibles: antecedentes personales, alergias, medicación habitual... Además, deberá de proporcionar información en cuanto al proceso quirúrgico y proporcionar apoyo emocional y disminuir el nivel de ansiedad. Se deberá de comprobar la firma del consentimiento informado previamente entregado por el médico, administración de medicación pre-quirúrgica, así como ayuno 12 horas previas al procedimiento. En general, se brindarán todos los cuidados necesarios para limitar posibles incidencias el día de la cirugía.

- Enfermería intraoperatoria: Dentro de la sala de quirófano, existen 4 enfermeros con diferentes roles: o Enfermero perfusionista: Se encarga del montaje de la bomba de circulación extracorpórea, así como control de todo el material necesario para el correcto funcionamiento de la máquina. Una de sus funciones, además de controlar la bomba, será realizar cuantas analíticas sean necesarias durante la intervención, obtenidas de la máquina extracorpórea. o Enfermero instrumentista: Su labor será corroborar previo a la cirugía que todas las cajas de instrumental son correctas. Además, se encargará de la colocación de instrumental en la mesa quirúrgica y ayuda al cirujano a preparar el campo quirúrgico. Es uno de los cargos con más responsabilidad, puesto que junto a la enfermera circulante deberá de realizar el conteo de todo el material utilizado durante la operación. o Enfermera de anestesia: Realizará labores de carga de medicación, control de fármacos, bombas de perfusión, solicitud de hemoderivados al banco de sangre, preparación del sistema de aspiración, material de intubación y vía central, pegatina de BIS, control de monitores y ecocardiógrafo. o Enfermera circulante: Es la persona que se va a encargar de visualizar de forma global la intervención; suele ayudar a la enfermera instrumentista a preparar el campo estéril, a los cirujanos a vestirse, desinfección del paciente. También será encargada de la coordinación con laboratorio, banco de sangre, anatomía patológica. Además, se encargará de anotar las observaciones y cuidados de enfermería realizados en el quirófano.

- Enfermería postoperatoria: Los cuidados post-operatorios se centrarán en la monitorización continua del paciente y control de posibles complicaciones. Analíticas frecuentes y control de ritmo cardiaco mediante electrocardiograma, cura de herida quirúrgica y de drenajes. Balance de líquidos (diuresis, deposiciones, balance hídrico, edemas, etc.).

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el papel de las enfermeras es clave dentro del equipo multidisciplinar que engloba una cirugía cardíaca. El trabajo de enfermería en cuanto a los cuidados del paciente que se va a someter a una cirugía cardíaca, tanto en la preparación, como durante la intervención y post-operatorio son fundamentales y esenciales para la recuperación posterior. Sin embargo, los avances en este tipo de intervenciones son continuos, al igual que el aumento de capacidades del personal de enfermería adquisición de funciones por lo que es necesaria una especialización cada vez mayor no solo en esta área, sino en otras muchas de la

enfermería.

6 Bibliografía

1. INE. Instituto Nacional de Estadística. INE s/f. <https://ine.es/>
2. Medicos P. Cuidados intraoperatorios de enfermería en cirugía cardíaca. Revista-portalesmedicos.com 2022. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-intraoperatorios-de-enfermeria-en-cirugia-cardiaca/>.
3. Cirugía Cardíaca. Hmnoudelfos.com s/f. <https://www.hmnoudelfos.com/es/especialidades/especialitats-mediques/cirurgia-cardiaca>
4. GARLITOS ZORRO, M. T. (2009, febrero). CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA. Área desalud de Badajoz. https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/docencia_e_investigacion/pacientescirugia.pdf
5. Fdp :rop Odarobale. Cuidados de enfermería en el preoperatorio. Medigraphic.com s/f. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2007/en071e.pdf>
6. Universidad europea.com s/f. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/1483/tfg_Ribes%20Paula.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 6

INTERVENCIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

AROA DÍAZ REY

1 Introducción

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país. De acuerdo con la última Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) el 93,0% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, lo que convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. En términos evolutivos, este indicador aumenta respecto al dato de 2017 (91,2%).

El alcohol tiene una serie de características que lo hacen muy especial. Por un lado, se trata de un producto que ocupa un espacio relevante en el mercado de curso legal, y cuyo uso está enraizado en nuestra cultura, con una fuerte presencia en la sociedad rural. Por otra parte, es responsable de un volumen importante de problemas sociales y de salud, con un coste notable en sufrimiento, enfermedad y muerte evitables.

En nuestro país, el consumo de riesgo y el consumo perjudicial de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial (HTA), por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso.

Aparte de ser una droga asociada a consumo de riesgo y dependencia, y de ser causa de más de 60 tipos de enfermedad, el alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y todo

tipo de violencia. Se calcula que en el período 2010-2017 el consumo de alcohol en población mayor o igual de 15 años causó anualmente una media de 15.489 muertes.

2 Objetivos

- Conocer las intervenciones eficaces para el abordaje del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en el ámbito de la Atención Primaria.
- Describir los modelos, estrategias y técnicas para intervenir sobre los estilos de vida desde la Atención Primaria.
- Identificar las intervenciones y herramientas recomendadas para la detección del consumo de riesgo en Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva. Como fuente primaria se han consultado varias guías clínicas, libros y monografías; y como fuente secundaria se utilizaron bases de datos de ciencias de la salud como Pubmed, Cuiden, CINAHL, ClinicalKey y Cochrane, obteniéndose varios artículos que respaldan la importancia de la detección y prevención del consumo de alcohol en Atención Primaria.

4 Resultados

Los estilos de vida constituyen, probablemente, el principal foco de atención de las intervenciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se llevan a cabo en el ámbito de la Atención Primaria (AP). Esto se traduce en la proliferación de publicaciones que contienen recomendaciones basadas en la evidencia y en manuales de intervenciones sobre estilos de vida en AP. En España, los principales documentos de referencia proceden del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) y de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada el 18 de diciembre de 2013 por el Consejo Interterritorial del SNS. El PAPPS genera recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en función de las evidencias científicas, datos de morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y la evaluación de las actividades preventivas que realizan los equipos

de AP españoles. Estas recomendaciones se renuevan cada dos años, siendo la última revisión del año 2020. De la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS nace el manual Consejo Integral sobre estilos de vida en Atención Primaria, cuyo objetivo es integrar de manera sistemática en la práctica de los profesionales de atención primaria la valoración e intervención sobre el estilo de vida vinculándola, siempre que sea posible, a los recursos comunitarios.

Las recomendaciones PAPPS recogen una serie de evidencias que se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Se ha evidenciado la utilidad de las estrategias cognitivo-conductuales para las intervenciones sobre el cambio de conducta en AP, existiendo, además, una relación dosis respuesta, de manera que las intervenciones más intensivas consiguen un mayor efecto.

En este sentido, desde el ámbito de la psicología de la salud se propone la utilización de los principios de aprendizaje para la modificación de los estilos de vida de las personas.

- Se recomienda basar estas intervenciones en el modelo de los estadios de cambio de Prochaska y Di Clemente. Este modelo fue propuesto inicialmente para explicar el proceso de abandono del tabaquismo, aunque posteriormente se ha ido ampliando a otras conductas. Es un modelo por etapas, cuyo principal valor es adaptar la intervención al estado motivacional de las personas. Si bien ha demostrado su utilidad en el tratamiento de fumadores, este modelo tiene limitaciones para abordar comportamientos complejos (actividad física, conducta alimentaria) o para intervenir sobre más de una conducta al mismo tiempo, y la evidencia sobre su efectividad en AP es controvertida.

Se han encontrado varios trabajos que han investigado la aplicación de este modelo al consumo de alcohol. Así, un estudio llevado a cabo en el Hospital Brigham and Women's (Boston, MA), evaluó la etapa de cambio como predictor de consumo de alcohol en una muestra de 301 gestantes que estaban en la etapa de precontemplación (62%) o en la etapa de acción (38%) en su primer trimestre. Las etapas de cambio distinguen entre diferentes patrones de consumo de alcohol antes y después del embarazo. Las mujeres en ambas etapas de cambio redujeron la cantidad y la frecuencia de su consumo de alcohol durante el embarazo y lograron tasas comparables de abstinencia. El consumo previo de alcohol, la edad y la educación fueron los predictores más significativos de la cantidad de alcohol prenatal consumido por día. La tentación de beber alcohol fue el mejor predictor de la frecuencia de consumo prenatal después de la inscripción en el estudio. Otro trabajo encontrado tuvo como objetivo examinar la validez predictiva de las etapas de la preparación para el cambio y la escala de entusiasmo

por el tratamiento (SOCRATES) entre personas nativas de Alaska e indios americanos (ANAI) con un trastorno por consumo de alcohol. Esta escala sirve para evaluar específicamente la motivación de los individuos con adicción para cambiar el comportamiento. Podemos concluir de este artículo que la herramienta SOCRATES es muy importante ya que ayudo a muchas personas ANAI teniendo en cuenta la gran variedad de grupos culturales que tienen diferentes costumbres y creencias, además de las diversas lenguas nativas. Un tercer estudio probó componentes de la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB) y la Disposición al Cambio, basados en el Modelo Transteórico (TTM), para identificar constructos útiles para desarrollar intervenciones de consumo de alcohol para jóvenes. Los hallazgos sugieren que las intervenciones deben evaluar la preparación para el cambio y utilizar procesos efectivos para facilitar el cambio en cada etapa.

- La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones conductuales y de consejo se basen en la estrategia de las cinco Aes. Esta estrategia también fue propuesta, en primera instancia, para implantar las intervenciones mínimas sistemáticas sobre fumadores en AP, y el nombre responde a la primera letra de los cinco pasos que se proponen para intervenir (ask, advise, asseess, assist, arrange).

Técnicas utilizadas en Atención Primaria

En el ámbito de la AP, la estrategia de prevención primaria usualmente utilizada es la captación oportunista o case finding, aprovechando cualquier motivo de consulta. En este contexto, las actuaciones sobre los estilos de vida consistirán básicamente en la detección de la conducta problema y la intervención para su modificación.

Las intervenciones empleadas para modificar las conductas de las personas que presentan algún factor de riesgo han sido, de acuerdo con la guía sobre consejo integral en estilo de vida en AP, el consejo breve, la educación individual y la educación grupal.

- El consejo breve es una intervención muy eficiente. Se trata de una intervención de tipo oportunista, de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional. El consejo sanitario es una modalidad con la que se puede hacer tanto promoción de la salud como prevención de enfermedades. Estas acciones educativas deberían estar orientadas a activar a las personas y aumentar su responsabilidad sobre el autocuidado, donde el fin último que se persigue es su empoderamiento y capacitación en salud, de tal forma que ésta sea más capaz de cuidarse por sí misma de una manera satisfactoria, disminuyendo de esta forma su relación de dependencia con instituciones y profesionales sanitarios.

- La educación individual consiste en una consulta educativa de al menos 20 minutos o serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario, en las que se trabajan las capacidades de este último sobre un tema, desde una perspectiva amplia.

Tradicionalmente, este tipo de intervención adoptó un modelo psicoeducativo, centrando sus actuaciones en la transmisión de información para incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de las personas. La educación ha ido evolucionando para incorporar las intervenciones de cambio de conducta, como las técnicas cognitivo-conductuales recomendadas por el PAPPS.

- Educación grupal o colectiva suele adoptar el formato de taller de 2-3 horas o serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud. La educación grupal intenta maximizar el tiempo al intervenir con varias personas en una misma sesión y, al mismo tiempo, aprovecha el efecto motivador y el apoyo social del grupo.

Recomendaciones generales

En base a los modelos descritos en el apartado anterior, la actualización de las recomendaciones PAPPS del año 2020 recoge una serie de recomendaciones que se resumen a continuación:

- ☒ Se recomienda evaluar los diferentes riesgos para la salud presentes en un individuo, su disposición a cambiar una conducta, el apoyo social y el acceso a los recursos de la comunidad.
- ☒ Se debe intentar aumentar la motivación y autoeficacia del individuo.
- ☒ Se recomienda un asesoramiento personalizado, priorizando la conducta a cambiar según el riesgo, pero también según la disposición al cambio de la persona.
- ☒ Establecer metas factibles a corto y largo plazo, en una toma de decisiones compartida.
- ☒ Es importante repetir las intervenciones en los sucesivos contactos con el equipo.

Dado que el alcohol se halla implicado de forma dosis-dependiente en una gran variedad de patologías físicas y mentales, la prevención del consumo de riesgo y el consumo problema de alcohol es uno de los principales objetivos dentro de las actividades preventivas en el ámbito de la AP. Los elementos clave de estas intervenciones van a ser la detección precoz del bebedor de riesgo y la IB.

5 Discusión-Conclusión

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en el mundo y AP es el nivel asistencial más accesible, al que llega la mayoría de la población: prácticamente el 95% de las personas. Por lo tanto, es necesario mejorar la detección precoz y la IB en el consumo de riesgo y consumo perjudicial de alcohol en AP. Es necesario que el consumo de alcohol se registre en las historias clínicas como un indicador de salud obligatorio, además de que los profesionales de AP amplíen su formación sobre el cribado del consumo de alcohol y la aplicación de intervenciones breves para reducirlo. Cada vez hay más evidencia del papel relevante de la enfermería en la identificación de bebedores de riesgo y la IB.

6 Bibliografía

1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES 2017/2018. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2019. [Internet] Disponible en https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. MSSSI 2014. [Internet] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>.
3. Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. Rev Esp Salud Pública, [Internet] agosto de 2014;88(4):493-513. DOI: 10.4321/S1135-57272014000400005. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272014000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
4. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. Grupo de Expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2022. Atención Primaria. [Internet] 1 de octubre de 2022; 54:102442. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102442. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S0212656720302869?scrollTo=%23hl0000629>.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en

- población adulta. MSSSI 2015. [Internet] Disponible en: https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf.
6. Amigo A. aspectos teóricos y estrategias de intervención para la modificación de las conductas de salud. En Amigo I. Manual de Psicología de la Salud. Segunda edición. Madrid: Pirámide; 2014. P 31-44.
 7. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*. 1992; 28:183-218.
 8. Chang G, McNamara T, Wilkins-Haug L, Orav EJ. Stages of change and prenatal alcohol use. *Journal of Substance Abuse Treatment*. [Internet] 1 de enero de 2007; 32(1):105-9. DOI: 10.1016/j.jsat.2006.07.003. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17175404/>.
 9. Lillie KM, Jansen KJ, Dirks LG, Lyons AJ, Alcover KC, Avey JP, et al. Assessing the Predictive Validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in Alaska Native and American Indian People. *Journal of Addiction Medicine*. [Internet] octubre de 2020; 14(5): e241-e246. DOI: 10.1097/ADM.0000000000000661. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32371661/>.
 10. Watakakosol R, Suttiwan P, Ngamake ST, Raveepatarakul J, Wiwattanapan-tuwong J, Iamsupasit S, et al. Integration of the Theory of Planned Behavior and Transtheoretical Model of Change for Prediction of Intentions to Reduce or Stop Alcohol Use among Thai Adolescents. *Substance Use & Misuse*. [Internet] 2 de enero de 2021; 56(1):72-80. DOI: 10.1080/10826084.2020.1837168. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33106107/>.
 11. Monreal A, García MT, Forés MD. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. En Martín-Zurro A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011, p53-67.

Capítulo 7

DETECCIÓN DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

AROA DÍAZ REY

1 Introducción

Según Global Burden of Disease, en el año 2016 el consumo de alcohol fue el séptimo factor de riesgo tanto para las muertes como para la pérdida de años de vida ajustado por discapacidad (AVAD). A nivel mundial, se atribuyó al consumo de alcohol el 2,2% de muertes femeninas y el 6,8% de muertes masculinas estandarizadas por edad. Entre la población de 15 a 49 años, el consumo de alcohol fue el principal factor de riesgo.

Aunque la mayoría de los consumidores de alcohol no sufran efectos adversos por su consumo, una parte (que no se limita a las personas que desarrollan dependencia del alcohol) padece sus consecuencias, extendiéndose estas consecuencias a personas que no lo consumen (lesiones por accidentes de tráfico, agresiones, etc.). Se diferencia entre el consumo de riesgo (hazardous use) y el consumo perjudicial/nocivo (harmful use) de alcohol. El consumo de riesgo es un patrón de consumo que eleva el riesgo de sufrir consecuencias para el consumidor. A diferencia del consumo perjudicial, se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, aunque el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. El consumo perjudicial /nocivo es un patrón de consumo que causa daño a la salud, físico o mental y, a menudo, consecuencias sociales adversas.

2 Objetivos

- Conocer las intervenciones eficaces para el abordaje del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en el ámbito de la Atención Primaria.
- Identificar las intervenciones y herramientas recomendadas para la detección del consumo de riesgo en Atención Primaria.
- Explorar las intervenciones de enfermería sobre el consumo de alcohol en Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva. Como fuente primaria se han consultado varias guías clínicas, libros y monografías; y como fuente secundaria se utilizaron bases de datos de ciencias de la salud como Pubmed, Cuiden, CINAHL, ClinicalKey y Cochrane, obteniéndose varios artículos que respaldan la importancia de la detección y prevención del consumo de alcohol en Atención Primaria.

4 Resultados

En España, en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la práctica clínica, se consensuaron unos puntos clave y recomendaciones en el documento «Prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol». Este documento destaca que la identificación precoz de los consumidores de riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario. En ese sentido, se apunta que el cribado sistemático es la estrategia más adecuada para identificar precozmente los consumidores de riesgo.

Los profesionales de Atención Primaria (AP) tienen la oportunidad de identificar mediante cribado sistemático a los consumidores de riesgo e intervenir a través de un consejo breve. Aunque el cribado del consumo de riesgo puede realizarse en la práctica totalidad de los ámbitos asistenciales, la mayor evidencia sobre su efectividad procede de la AP y se realizará en la consulta tanto de medicina como de enfermería.

Las distintas guías coinciden en que el cribado debe iniciarse a partir de los 14 años como mínimo cada dos años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad.

La detección del abuso de alcohol debe hacerse:

1. Como parte de un examen preventivo rutinario.
2. Antes de prescribir fármacos que interaccionen con el alcohol.
3. En respuesta a problemas que pueden estar relacionados con el abuso de alcohol.
4. A personas con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol.
5. Especial atención en fumadores y personas con trabajos que requieran concentración, habilidad o coordinación (ej. conducción).

El primer paso para la detección de consumo de riesgo debe ser una adecuada historia clínica del paciente mediante la entrevista (cantidad de alcohol consumido, posibles consecuencias del consumo, relación entre consumo y consecuencias, tiempo de evolución del consumo). La entrevista será el primer paso en la detección del consumidor de riesgo.

Se debe preguntar de manera cercana y nunca culpabilizadora por el consumo de alcohol que realiza.

☒ En caso negativo se refuerza la actitud.

- Si es menor de edad se le informa de los beneficios de no comenzar a consumir alcohol hasta los 18 años.
- Si no ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, lo clasificaremos como abstemio.

☒ En caso positivo, se realiza el cribado del consumo de riesgo utilizando algún cuestionario o escala. Existe también evidencia acerca de la utilización de instrumentos estandarizados (cuestionarios) para el cribado del consumidor de riesgo, ya que son los que ofrecen mayores garantías para realizar éste correctamente.

Aunque existen bastantes escalas de cribado con alta sensibilidad y especificidad, las más utilizadas son la Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) y su versión reducida AUDIT C recomendada para la detección de bebedores de riesgo en AP. La sensibilidad del instrumento oscila entre 80-89% y la especificidad entre 81-93%.

El test AUDIT consta de 10 preguntas, las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo de alcohol (cantidad y frecuencia de consumo), de la 4 a la 6 son síntomas de posible trastorno por consumo de alcohol, de la 7 a la 10 consecuencia adversas o problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Las ocho primeras preguntas tienen 5 posibles respuestas, que puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango de la puntuación global va de 0 a 40. Punto de corte para el consumo de riesgo: 7 o

más puntos en varones, 5 o más en mujeres.

El AUDIT-C es una versión abreviada del instrumento AUDIT, y está constituido por los tres primeros ítems. Punto de corte para el consumo de riesgo: 5 o más puntos en varones, 4 o más en mujeres.

Si la puntuación del AUDIT-C indica que la persona puede estar realizando un consumo de riesgo:

- Se dará un consejo breve de minutos de duración, dirigido a que reduzca o modifique este consumo, por las consecuencias que tiene. Este consejo incluirá información sobre los peligros de conducir o montarse en un coche con una persona que conduzca bajo los efectos del alcohol, sobre la influencia del alcohol si realiza actividades laborales de riesgo o sobre las posibles interacciones con fármacos.
- Se reforzará este consejo con la entrega de material escrito.
- Se ofrecerá más ayuda en una consulta programada para realizar educación individual.

Al detectar a una persona con consumo de riesgo, se debe valorar signos y síntomas que apunten a una posible dependencia, como el temblor de manos, la aparición de vasos sanguíneos en el rostro y cambios en las mucosas (conjuntivitis y glositis). Una puntuación de 20 o más en el AUDIT es indicativa de dependencia del alcohol, aunque puntuaciones menores también pueden significar dependencia.

La clasificación en niveles de riesgo en base al resultado en AUDIT sirve de guía para las decisiones clínicas más apropiadas, como se verá en un apartado posterior. En la tabla se presentan los niveles de riesgo en función de la puntuación en el AUDIT.

Se pueden utilizar también los marcadores biológicos, para ayudar al diagnóstico de sospecha, aunque son especialmente útiles en controles de seguimiento y cumplimiento de la abstinencia. Los marcadores biológicos de alcoholismo son una serie de pruebas de laboratorio que presentan una cierta sensibilidad y especificidad en relación con el consumo de alcohol. La elevación de un buen número de parámetros analíticos se relaciona con el consumo de alcohol: los más frecuentes son ácido úrico, triglicéridos, GGT, glutámico-oxalacético transaminasa (GOT o AST), glutámico-piruvico transaminasa (GPT o ALT), cociente GOT/GPT >1 y volumen corpuscular medio (VCM).

El marcador biológico más sensible (33-52%) y específico (81-89%) para el abuso de alcohol en atención primaria sería la GGT, después el VCM y la GOT. La determi-

nación conjunta de los tres parámetros elevados mejora el rendimiento, pero no sustituye la exploración del consumo mediante entrevista, su principal utilidad es la monitorización de los cambios en el seguimiento. Los marcadores biológicos se deberán medir en cualquiera de los estadios para poder definir el nivel de problema.

A pesar de estas evidencias, el grado de identificación de consumo de riesgo en AP es bajo. Este hecho ha sido puesto de manifiesto en estudios llevados cabo en nuestro medio y también en otros países.

Por ejemplo, una investigación desarrollada en Finlandia en la que participaron 78 trabajadores de la AP y que incluyó a 2.407 pacientes, encontró que solo el 42% de los mismos presentaban un registro de haber sido interrogados por el consumo de alcohol. Otro hallazgo llamativo de este estudio es que, frente a la poca actividad de detección, al 89,6% de los pacientes identificados como bebedores de riesgo se les ofreció una IB. En conclusión, la actividad de IB de los profesionales de AP parece ser alta si el paciente es considerado bebedor de riesgo.

Entre las principales dificultades descritas para un abordaje adecuado y efectivo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en AP, se encuentran:

- La falta de tiempo por la sobrecarga asistencial.
- La inadecuada formación en drogodependencias por parte del médico de familia.
- Las actitudes negativas del médico de familia hacia el paciente con problemas de alcohol, que rehúyen de éstos por considerarlos complicados y de mal pronóstico.
- El escepticismo por parte del médico de familia acerca de la efectividad del tratamiento en trastornos relacionados con el consumo de alcohol.
- La percepción de que el alcoholismo no es un tema del médico de familia.
- La falta de consideración del consumo excesivo de alcohol como problemático por parte del médico de familia.
- En el ámbito de la estructura sanitaria, no hay una clarificación de las funciones de la AP en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Con el objetivo de incrementar las actividades relacionadas con el consumo de alcohol se han desarrollado algunos programas para implementar la detección del alcohol y las Intervenciones Breves (IB) en AP. La mayoría de estos programas han incluido como un elemento crítico la formación de los profesionales. Una revisión sistemática cualitativa llevada a cabo en España que incluyó tres ensayos clínicos aleatorizados tuvo como objetivo evaluar la efectividad de programas formativos orientados al consumo de alcohol en AP. Las actividades formativas consistieron en todos los casos, en el entrenamiento enfocado al cribado e IB con o sin apoyo posterior, demostrando que el desarrollo de estos programas forma-

tivos constituye una estrategia efectiva para los profesionales de AP, permitiendo la implementación del cribado poblacional y de técnicas de IB.

Otros autores han mantenido que las ganancias de los programas de capacitación y apoyo solo han sido modestas, sugiriendo la necesidad de desarrollar programas multicomponentes que aborden simultáneamente varias barreras para la implementación de la identificación temprana y la IB. Tal es el caso del programa PINO llevado a cabo en Bélgica que combinó el entrenamiento y apoyo con acciones comunitarias y el abordaje de las actitudes de los profesionales.

Los exámenes de detección y las IB en las prácticas de AP son efectivos para reducir el consumo de alcohol informado, pero no se han implementado de forma rutinaria. La mayoría de los programas que buscan mejorar las tasas de implementación han carecido de una justificación teórica. El programa de implementación tuvo un efecto significativo en la actividad de detección en las prácticas de intervención en comparación con las prácticas de control de seguimiento a los 12 meses (21,7% vs. 0,16%). Aunque no se encontraron diferencias significativas en la tasa de IB por paciente con pruebas de detección positivas (intervención 85,7% vs. control 63,6%), la intervención fue efectiva para aumentar la tasa de IB basada en la población (intervención 0,69% vs. control 0,02%).

Los proveedores de salud en la vertiente de intervención informaron menos barreras para la implementación de SBI y niveles más altos de conocimiento relacionado con el alcohol a los 12 meses de seguimiento que aquellos en control. Se puede concluir que un programa de implementación basado en la teoría, que incluyó actividades de capacitación y apoyo, aumentó significativamente las tasas de detección de alcohol e IB basadas en la población en la AP.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció unos criterios de consumo de riesgo de alcohol universalmente aceptados:

- Habitual: hablamos de bebedor de riesgo cuando el consumo de alcohol se sitúa en 28 unidades por semana (4/día) para los hombres y 17 unidades por semana (2,5/día) para las mujeres.
- Intensivo: se considera cuando hay un consumo igual o mayor a 6 unidades (hombres) o 4 unidades (mujeres) en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas).
- Consumo de bajo riesgo: se define el consumo de bajo riesgo el que no excede de 20 gramos (2 unidades/día o 14 unidades/semana) en varones y 10 gramos (1 unidad/día o 7 unidades/semana) en mujeres. No hay ningún nivel de consumo

beneficioso para la salud.

Todo esto justifica la necesidad de desarrollar estrategias de promoción y de prevención, especialmente en el ámbito de la AP, para limitar los problemas asociados al consumo de alcohol.

6 Bibliografía

1. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. [Internet] 2018; 392: 1015-1035. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30146330/>.
2. Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Alemán Sánchez JJ, Banegas Banegas JR, Cebrián-Cuenca AM, Gil Guillen VF, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2020. Atención Primaria. [Internet] 1 de noviembre de 2020; 52:5-31. DOI: 10.1016/j.aprim.2020.08.002. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33388118/>.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. MSSSI 2015. [Internet] Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/doc/s/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf.
4. SOCIDROGALCOHOL (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías). Manual de consenso sobre alcohol en Atención Primaria. SOCIDROGALCOHOL 2016. [Internet] Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/16_Socimanualconsensoalcoholatprimaria2016.pdf.
5. Miquel L, Barrio P, Moreno-España J, Ortega L, Mantney J, Rehm J, et al. Detección y prevalencia del trastorno por uso de alcohol en los centros de atención primaria de Cataluña. Atención Primaria. [Internet] 1 de marzo de 2016; 48(3):175-82. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.04.006. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656715001821>.
6. Seppänen K, Aalto M, Seppä K. Alcohol-related activities in primary health care. *Journal of Substance Use*. [Internet] 2 de enero de 2021; 26(1):79-84. DOI: 10.1080/14659891.2020.1779362. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14659891.2020.1779362>.
7. Romero Rodríguez EM, Pérula de Torres LÁ, Linares Ruiz A, Fernández García JÁ, Parras Rejano JM, Roldán Villalobos A. Efectividad de programas

formativos orientados al consumo de alcohol en atención primaria: revisión sistemática. *Atención Primaria*. [Internet] 1 de noviembre de 2019; 51(9):536-47. DOI: 10.1016/j.aprim.2018.07.004. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S0212656718301343>.

8. Pussig B, Pas L, Li A, Vermandere M, Aertgeerts B, Matheï C. Primary care implementation study to scale up early identification and brief intervention and reduce alcohol-related negative outcomes at the community level (PINO): study protocol for a quasi-experimental 3-arm study. *BMC Family Practice*. [Internet] 1 de julio de 2022; 22(1):144. DOI: 10.1186/s12875-021-01479-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34210261/>.

9. Rosário F, Vasiljevic M, Pas L, Angus C, Ribeiro C, Fitzgerald N. Efficacy of a theory-driven program to implement alcohol screening and brief interventions in primary health-care: a cluster randomized controlled trial. *Addiction*. [Internet] 2022; 117(6):1609-21. DOI: 10.1111/add.15782. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34935229/>.

Capítulo 8

INTERVENCIÓN BREVE EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

AROA DÍAZ REY

1 Introducción

El abordaje de la promoción y la prevención en el ámbito sanitario y específicamente en Atención Primaria (AP), está recogido en el anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que reconoce a la AP, como nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo del curso de vida.

Las principales herramientas empleadas en este contexto para influir sobre los estilos de vida han sido tradicionalmente el consejo, con diferente nivel de intensidad. La mayoría de las guías de práctica clínica enfatizan la captación oportunista, aprovechando cualquier motivo de consulta, como la principal estrategia para detectar la conducta problema (en este caso, el consumo de riesgo) e intervenir con alguna técnica de cambio conductual.

Dentro de la AP, este tipo de actividades constituyen, a su vez, una función propia de la enfermera. El propio programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria incluye, entre las competencias prioritarias de la enfermera especialista, las competencias dirigidas a “Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”.

2 Objetivos

- Conocer las intervenciones eficaces para el abordaje del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en el ámbito de la Atención Primaria.
- Identificar las intervenciones y herramientas recomendadas para la detección del consumo de riesgo en Atención Primaria.
- Mostrar la efectividad de la IB sobre el consumo de riesgo de alcohol.
- Explorar las intervenciones de enfermería sobre el consumo de alcohol en Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva. Como fuente primaria se han consultado varias guías clínicas, libros y monografías; y como fuente secundaria se utilizaron bases de datos de ciencias de la salud como Pubmed, Cuiden, CINAHL, ClinicalKey y Cochrane, obteniéndose varios artículos que respaldan la importancia de la detección y prevención del consumo de alcohol en Atención Primaria.

4 Resultados

Descripción de la intervención breve

No hay una definición única, bien definida y consistente de lo que es una intervención breve (IB). De hecho, es un concepto paraguas que engloba un rango de actividades terapéuticas diversas. De manera operativa, se podría definir como toda intervención limitada en el tiempo y de duración siempre inferior a un tratamiento, generalmente proactiva (no espera a que el individuo la busque) y a menudo oportunista, dirigida a pacientes con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo, con el objetivo de movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su salud.

Este tipo de intervenciones están dirigidas, fundamentalmente, a personas que no buscan ayuda de profesionales especializados y que se realizan de forma oportunista en atención primaria o en otros contextos no especializados.

Se pueden distinguir a su vez dos subtipos:

- Las simples: consejo estructurado de unos pocos minutos de duración. A veces se denomina intervención mínima y otras veces se denomina consejo simple. Consistirá en un consejo simple y estructurado, de unos cinco minutos de duración.

Su finalidad principal es informar al paciente del riesgo detectado, contrastando su consumo con los límites de riesgo establecidos. Suele facilitarse material informativo de apoyo o de autoayuda. No suelen realizarse visitas de seguimiento, aunque se recomienda un control anual.

- Las complejas o extensivas: terapias estructuradas que normalmente requieren inicialmente 20-30 minutos y más de una intervención en el tiempo. A veces se denomina terapia breve o IB. A diferencia del consejo breve, está orientada principalmente al bebedor con consumo perjudicial. Consiste en una intervención algo más extensa y profunda, a menudo con seguimiento posterior.

La intervención motivacional breve (IMB) es una aplicación de la técnica de la Entrevista Motivacional. Su mayor eficacia se da en la AP, para ayudar a la reducción del consumo en bebedores de riesgo o abusivos, y también para facilitar la aceptación en los bebedores más graves o dependientes de un tratamiento más especializado. Las IB son también efectivas para reducir la mortalidad.

La entrevista motivacional puede ser una herramienta de considerable valor en este tipo de intervenciones, sobre todo en el paso de los estadios de precontemplación a contemplación, en el avance dentro del estadio de contemplación (generalmente lento) y el paso a preparación. Tiene esencialmente un enfoque empático, no confrontacional en que el profesional sanitario ayuda a la persona a identificar sus propias razones para cambiar y sus estrategias para conseguir objetivos realistas.

Eficacia de la intervención breve

Hay evidencia de calidad moderada de que las IB pueden reducir el consumo de alcohol en consumo de riesgo y perjudicial en comparación con una intervención mínima o ninguna. Una mayor duración del consejo probablemente tenga poco efecto adicional. Se han realizado numerosos estudios sobre la IB en diversos países, principalmente en AP, y han sido sistematizados en varias revisiones sistemáticas con resultados que, en general apuntan hacia un efecto de la IB frente a la no intervención desde pequeño a moderado hasta duplicar la reducción del consumo.

Bien et al consideraron 32 estudios controlados con alrededor de 6.000 pacientes y encontraron que las IB eran, a menudo, más efectivas que los tratamientos más intensivos.

Una revisión sistemática que incluyó 11 estudios controlados aleatorizados sobre la IB en adultos mayores que presentaban un consumo de riesgo, las medidas empleadas fueron la cantidad y frecuencia de consumo, episodios de consumo

intensivo y el nivel de consumo de riesgo. De los 11 estudios, 7 (63,6%) mostraron un efecto positivo de la intervención, y solo uno no mostró ningún efecto positivo; para los tres restantes (27,2%) el efecto positivo de la intervención no fue determinado de manera concluyente por problemas de diseño de los estudios.

Una revisión de la Colaboración Cochrane seleccionó un total de 69 estudios, que incluyeron 33.642 individuos. El 55% de los estudios se desarrolló en AP, mientras otros fueron en urgencias hospitalarias y otros escenarios. El 88% comparan IB con intervención mínima o nada. El resultado medio fue una disminución de 20 g/semana al cabo de un año. Se observó una gran heterogeneidad de los estudios por las dificultades de obtener una cuantificación fiable a lo largo del tiempo en el consumo de alcohol. Entre otros resultados, se observó una disminución generalmente no significativa de los episodios de consumo intensivo habitual, un menor número de días de consumo por semana y también disminución de la intensidad del consumo.

Un estudio sobre la eficacia del consejo médico para la reducción del consumo en España reveló una disminución del consumo de unos 100 g de alcohol a la semana (6,5-13,8 g/ día) después de un año de seguimiento.

Según el PAPPS, las IB para reducir el consumo de alcohol en personas con consumo de riesgo y perjudicial han demostrado ser efectivas para reducir este consumo y la morbilidad que ocasiona, por lo que todos los profesionales sanitarios deberían realizarlas. Además, se encuentran entre las intervenciones sanitarias más baratas que conducen a una mejora en la salud. La efectividad y el coste-efectividad de las IB han sido probados por numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales. Las IB son efectivas, tanto para hombres como para mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores. En personas de 20 a 75 años son útiles para reducir el consumo de alcohol en 3-9 (30-90 gramos) unidades/semana.

Normalmente se considera que las IB, desde recursos no especializados como la AP, son adecuadas para los problemas relacionados con el consumo de alcohol menos graves, como puede ser el consumo de riesgo o el perjudicial, y que los problemas más graves requieren atención especializada. En contraste con esto, un estudio llevado a cabo en Suecia en el año 2018 no pudo confirmar la inferioridad de un tratamiento aplicado en AP frente a otro aplicado en la atención especializada a pacientes con dependencia de baja a moderada.

5 Discusión-Conclusión

La IB ésta va dirigida a pacientes con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo, con el objetivo de movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su salud y son efectivas para reducir la mortalidad. Todos los estudios revisados coinciden en que la IB tiene un efecto positivo, tanto para hombres como para mujeres, en la reducción del consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores. Por tanto, su implantación generalizada en AP contribuiría de manera importante a la reducción media del consumo entre los bebedores y al incremento de la proporción de personas que disminuyen su nivel de riesgo.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria. [Internet] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado (BOE) Núm. 157, 29 de junio de 2010. [Internet] Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/63963a24-0c08-4c3c-b780-014ce997ce64/C6CBD15A-19BE-4E7C-B3C3-378E8BC8E695/81a9836e-c7d5-4160-a548-0e6ded8a5ce1/boe_a_2010_10243.pdf
3. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. Grupo de Expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2022. Atención Primaria. [Internet] 1 de octubre de 2022; 54:102442. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102442. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656720302869?scrollTo=%23hl0000629>
4. SOCIDROGALCOHOL (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías). Manual de consenso sobre alcohol en Atención Primaria. SOCIDROGALCOHOL 2016. [Internet] Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/16_Socimanualconsensoalcoholatprimaria2016.pdf
5. Rodríguez-Martos Dauer A. Efectividad de la técnica de consejo breve. En Gual,

A (ed.) Monografía de Alcohol. Adicciones. 15 de diciembre de 2002; 14(5), Supl. 1 :337-351.

6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol (1ª conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España). MSC. 2008. [Internet] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/alcohol/Jovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

7. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. [Internet] 2002; 97(3):279-92. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11964101/>

8. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med*. [Internet] mayo de 1997;12(5):274-83. DOI: 10.1046/j.1525-1497.1997.012005274.x. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9159696/>

9. Spoth R, Lopez Reyes M, Redmond C, Shin C. Assessing a public health approach to delay onset and progression of adolescent substance use: latent transition and log-linear analyses of longitudinal family preventive intervention outcomes. *J Consult Clin Psychol*. [Internet] octubre de 1999;67(5):619-30. DOI: 10.1037//0022-006x.67.5.619. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10535229/>

10. Purser GL, Lemieux CM. Brief alcohol interventions with older adults: a systematic review of literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. [Internet] 3 de abril de 2022; 22(2):120-36. DOI: 10.1080/1533256X.2021.1935146. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1533256X.2021.1935146?journalCode=wswp20>

11. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet] 24 de febrero de 2018;2(2):CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub4. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/full>

12. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol: Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. [Internet] abril de 2003; 17(2):116-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112003000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Wallhed Finn S, Hammarberg A, Andreasson S. Treatment for Alcohol Dependence in Primary Care Compared to Outpatient Specialist Treatment-A Randomized Controlled Trial. *Alcohol Alcohol*. [Internet] 1 de julio de 2018;53(4):376-85. DOI: 10.1093/alcalc/agx126. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29346473/>

Capítulo 9

CICATRICES HIPERTROFICAS Y QUELOIDES EN DERMATOLOGÍA

TAMARA PALOMINO MARTIN

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

MIRIAM CASARES BENITO

LORENA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

Las cicatrices hipertróficas (CH) son una complicación conocida en dermatología que afecta entre el 32 y el 94% de los pacientes

.

El dolor y el prurito se asocian a una disminución en la calidad de vida de los pacientes afectando al bienestar emocional y mental. La calidad de vida mejora cuando disminuye la cicatriz.

La mayoría de los pacientes con estos tipos de cicatrices buscan tratamiento para disminuir el dolor, el prurito y mejorar su calidad de vida

Se caracterizan por una vascularización alterada, discromía, cambios estructurales, aumento de la tensión y anormalidades en piel sana perilesional.

Esto genera dolor, prurito, desfiguración y estigmatización, con el consiguiente deterioro funcional y psicosocial, generando un déficit en la calidad de vida de los afectados y produciendo importantes costos para los sistemas de salud.

Su diagnóstico es clínico y son comunes en los postoperatorios de la cirugía menor cutánea.

El tratamiento para los queloides es de difícil manejo debido a la gran demanda que existe. Aunque hay múltiples alternativas, entre ellas, las terapias láser, ninguna es totalmente efectiva.

Los avances en terapia láser, ha permitido incluso reemplazar la cirugía en algunas ocasiones, o ser utilizada para, mejorar los resultados quirúrgicos y estéticos.

Los láseres ablativos fraccionados CO₂, por sí solos, pueden producir mejoría de las cicatrices al destruir componentes dérmicos y permitir la remodelación de la cicatriz, mejorando el prurito, dolor y flexibilidad.

2 Objetivos

- Conocer los efectos a nivel bio-psicosocial de los pacientes con cicatrices hipertróficas y queloides
- Exponer las diferencias entre ambas cicatrices.
- Estudiar las diferentes alternativas terapéuticas y tratamientos para el cuidado de los queloides y cicatrices hipertróficas

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha comenzado por realizar una búsqueda bibliográfica sobre la literatura científica, donde se ha recopilado documentación e información mas importante. Dicha documentación se ha obtenido en bases de datos y buscadores como: Medline, Pubmed, Scielo, y Google académico.

También se ha realizado una búsqueda sistemática de libros.

Los términos utilizados como palabras clave han sido : "Cicatrices hipertróficas", "Queloides", "Tejido dañado".

4 Resultados

Las cicatrices hipertróficas y los queloides son respuestas hiperproliferativas del tejido conectivo frente a diferentes estímulos, como pueden ser la inflamación, la infección y los traumatismos cutáneos (quemaduras y heridas quirúrgicas).

Los queloides y las CH corresponden a tumores fibrosos que proceden de un depósito elevado de colágeno, donde se demuestra un aumento en el número de fibroblasto y una producción de colágeno inmaduro. También se produce un daño endotelial a consecuencia de un aumento en la producción de factores de crecimiento y una estimulación de la síntesis de colágeno. Otros estudios detectan una alteración funcional de las colagenasas.

Los queloides y las cicatrices hipertróficas producen alteraciones en la reparación de las heridas en individuos predispuestos a padecerlas.

Las diferencias entre ellas son variadas:

Queloides

- se extienden mas allá de la herida original y rara vez remiten
- pequeñas lesiones pueden generar grandes queloides
- localización espontanea
- pueden aparecer meses después del acto quirúrgico

Cicatrices hipertróficas

- la extensión está limitada a la herida quirúrgica
- el tamaño está relacionado con la extensión de la herida quirúrgica
- localización frecuente en pliegues cutáneos
- aparición postoperatorio reciente

El objetivo de nuestro organismo es restaurar la integridad y la firmeza del tejido dañado mediante un sistema de reparación cutánea.

Este sistema se puede dividir en tres grupos:

- Fase inflamatoria, necesaria para la eliminación de restos del tejido dañado y evitar la infección, comienza la cicatrización.
- Fase proliferativa o fibroblástica, consiste en la proliferación de fibroblastos que sintetizan gran cantidad de colágeno y sustancia fundamental
- Fase madurativa o de remodelación, el colágeno sufre una serie de transformaciones que le darán mayor fuerza de tensión.

Existen una serie de factores favorecedores:

- Factor genético. La tendencia a su presentación podría heredarse, algunas razas, especialmente la negra, tienen mayor susceptibilidad a padecerlos
- Factor traumático. Es el factor destacante. El factor crítico para el desarrollo de queloides y de cicatrices hipertróficas es la tensión que se genera en la piel y en la herida. Existen regiones cutáneas que soportan grandes tensiones como son el área esternal y el área delto-acromio-clavicular y, por ello, tienen tendencia a desarrollar queloides y cicatrices hipertróficas. Otras zonas conflictivas son: submandibular, braquial, antebraquial, glútea y femoral.
- Factor endocrino. Suelen aparecer con mayor frecuencia en la pubertad, pero se pueden experimentar un aumento de ellos, durante el embarazo

Los queloides se presentan con formas clínicas muy variadas:

- pequeñas pápulas
- placas
- nódulos o tumores de gran tamaño
- color rojo rosado o púrpura

Pueden ser pruriginosos y rara vez dolorosos, suelen ser asintomáticos. No existen casos de malignización.

Es recomendable diferenciar si el queloide está activo o inactivo para poder decidir que tipo de terapia utilizar. Existen múltiples estudios que consideran la terapia combinada como la mejor opción para el tratamiento de los queloides

Los tratamientos conservadores incluyen:

- Cirugía: asociada a otros tratamientos, es una alternativa en desuso
- Láser: reduce el porcentaje de colágeno en el queloide
- Presoterapia: ocluye parcialmente el flujo sanguíneo que irriga al queloide.
- Geles de silicona: modifican la temperatura y oxigenación de la lesión, produciendo una disminución de la evaporación de agua en la cicatriz, aumentando la hidratación y favoreciendo la maduración del queloide.
- Inyecciones de corticoides: inhibe la síntesis de colágeno por parte de los fibroblastos, lo que genera inactivación del queloide.
- Ultrasonido o combinación de terapias

5 Discusión-Conclusión

- Las cicatrices hipertróficas y los queloides afectan a la calidad de vida de los pacientes asociándolo a síntomas depresivos.

- La cicatriz hipertrófica y el queloide son patologías de la dermis, ocurren después de una cirugía, quemadura, e inflamación o cualquier tipo de trauma.
- El enfoque terapéutico de la cicatriz (anatomía, tipo de lesión, color, grosor, tensión, tiempo de evolución y actividad) y la elección de un dispositivo láser apropiado, determinará el beneficio de la terapia combinada para optimizar el resultado
- La cicatrización hipertrófica y queloidea ha sido un problema para los cirujanos desde hace mucho tiempo y se han propuesto múltiples tratamientos. El manejo de los queloides es difícil, y aunque existen múltiples alternativas terapéuticas ningún tratamiento, es completamente seguro y la investigación continúa día a día.
- Los tratamientos mas utilizados : corticoides tópicos, cirugía, crioterapia, láser, presoterapia, laminas de gel de silicona y retinoides tópicos

6 Bibliografía

1. Flores R, Valenzuela F. Cicatrices de quemaduras y la utilidad de la terapia láser en su manejo. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2023;34(2):155–64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864023000263>
2. Los queloides y las cicatrices hipertróficas. *Med Integr* [Internet]. 2001 [citado el 7 de agosto de 2023];38(9):385–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-los-queloides-cicatrices-hipertroficas-13022951>
3. Morales-Sánchez MA, Flores-Ruvalcaba CN, Peralta-Pedrero ML, Villafranca-Dugelby AD, Cruz FJ-S. Calidad de vida en adultos con cicatrices queloides. *Cir Cir* [Internet]. 2018 [citado el 6 de agosto de 2023];86(4):321–6. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30067718/>
4. Salem C, Vidal A, Mariangel P, Concha M, Resumen M. Cicatrices hipertróficas y queloides [Internet]. *Uach.cl*. 2002 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v16n1/art13.pdf>

Capítulo 10

ENFERMERÍA ANTE LOS BEBES RECIEN NACIDOS DE PACIENTES ADICTAS A LAS DROGAS

LAURA TORRES PANCORBO

CARMEN ROMERO NAHARRO

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de abstinencia neonatal (SNA) se puede definir como el conjunto de signos y síntomas que el recién nacido experimenta una vez se produce el nacimiento, al haber estado expuesto a sustancias tóxicas, consumidas por la madre, durante su desarrollo intrauterino.

Dicho síndrome es producido debido a que las sustancias consumidas son capaces de atravesar la barrera placentaria llegando al bebé y haciendo que tanto la madre como el bebé se vuelvan dependientes de la droga.

Las sustancias tóxicas adictivas que con mayor cantidad y frecuencia se consumen son cafeína (40%), tabaco (13,6%), alcohol (3,5%) y, un 32,6% consumen marihuana, cocaína, anfetaminas (éxtasis, MDMA), benzodiacepinas, opiáceos (heroína, metadona, morfina), barbitúricos, antidepresivos, codeína y oxicodona.

En España se cree que el 50,4% de las mujeres embarazadas ha consumido alguna sustancia tóxica durante el embarazo y, el 50% de ellas han consumido la combinación de varias de esas sustancias anteriormente mencionadas. De ese porcentaje, el 60 – 70% de los recién nacidos tendrá síndrome de abstinencia en los primeros días de vida y, en torno al 40% de ellos padecerán problemas de salud a lo largo de su vida si entre las sustancias consumidas se encuentran nicotina, anfetaminas, cocaína, marihuana o alcohol.

2 Objetivos

El objetivo principal de dicha revisión bibliográfica irá encaminado a conocer y manejar los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo para detectar, controlar y tratar el síndrome de abstinencia que el bebé con madre consumidora de sustancias tóxicas pueda llegar a tener, una vez se haya producido el alumbramiento.

3 Metodología

La obtención de información y realización de la presente revisión sistemática se ha llevado a cabo mediante bibliografía de los últimos 5 años, comprendiendo desde el año 2018 a 2023, encontrada a través de terminología trasladada al lenguaje controlado Tesauro, mediante descriptores de ciencias de la salud tales como MeSH y DeCS, en las distintas bases de datos mencionadas posteriormente, y con la utilización de operadores booleanos (AND, OR y NOT).

Entre las bases de datos consultadas se encuentran PubMed/Medline, Elsevier, Scielo, biblioteca virtual en salud (BVS), Dialnet y Cochrane, así como metabuscadores tal que Google académico. También se han consultado páginas oficiales como la Sociedad Española de Neonatología (SeNeo), la Asociación Española de Pediatría (AEP) o la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN).

Asimismo, se ha considerado que los artículos estuvieran en texto completo e idiomas del español o inglés, y que la muestra englobara a niños con edades comprendidas entre 0 días y 1 mes, así como niños nacidos con menos de 25 semanas hasta 37 semanas.

Entre las palabras claves utilizadas en la búsqueda de información se encuentran: “Síndrome de Abstinencia Neonatal”, “Enfermedades del Prematuro”, “Atención de Enfermería”, “Enfermera”, “Recién Nacido Prematuro”.

4 Resultados

El síndrome de abstinencia no tiene un patrón fijo de presentación, si no, que el inicio dependerá de la cantidad y el tipo de droga consumida por la madre y, en la semana de embarazo que comenzó y finalizó el consumo. Así, se puede observar el inicio entre las 4 – 24 horas del nacimiento para opiáceos llegando hasta los 8– 14 días post nacimiento, aunque lo habitual es realizar control de síntomas las primeras 48 – 72 horas.

Para reconocer los signos y síntomas de alarma del síndrome de abstinencia, primeramente, se deberá conocer que sustancia ha estado consumiendo la madre, ya que éstos van a depender de dicha sustancia. Aunque hay síntomas comunes para todas las drogas como son hipoglucemia, hipomagnesemia, sepsis, irritabilidad, temblores, nerviosismo, insomnio, febrícula o fiebre, diarrea y vómitos, se deberán distinguir los específicos de cada droga, así, con el consumo de opiáceos, además, se pueden ver hiperreflexia, clonus, hipertonía, bostezos, estornudos, llanto agudo, reflejo de Moro exagerado; taquicardia, hipertensión arterial, taquipnea, sudoración, distrés respiratorio crónico, rinorrea, lagrimeo, midriasis; intolerancia digestiva. Si se consume benzodiacepinas también se observarán movimientos anormales, convulsiones, sudoración, temblores y/o llanto inconsolable. Con el consumo de cocaína y anfetaminas conjuntamente se observará llanto estridente, succión excesiva, hiperreflexia, malformaciones, hemorragias, infartos intracraneales e intestinales, atresia, reducción de los miembros, anomalías cardíacas y renales y, muerte súbita. Si se ha consumido marihuana además se observará sobresaltos, hiperreflexia, alteraciones del sueño, baja motilidad y menor respuesta a estímulos lumínicos.

Entre los cuidados de enfermería se encuentran el paliar dicha sintomatología y proporcionar el mayor confort al niño hasta que desaparezca toda la droga de su organismo. Para la adecuada valoración del grado de abstinencia presente en el bebé se realiza la escala modificada de Finnegan, dónde se puntuará la presencia o no de los signos descritos en dicha escala. Si la puntuación es > de 8 signos, se deberá iniciar el tratamiento adecuado.

Una vez realizada la escala, se mantendrá al bebé en la incubadora manipulándolo lo menos posible, aislándolo de la luz y los ruidos, así como, se calmará el llanto excesivo e irritabilidad mediante el uso de chupete o inmovilización con toallas. Dichos métodos se irán retirando al observar la mejoría de los síntomas.

La alimentación se deberá iniciar una vez desaparezcan los vómitos, realizando tomas pequeñas y con mayor frecuencia. Estará contraindicada la lactancia materna para evitar el traspaso de una mayor cantidad de sustancias tóxicas o posi73

bles enfermedades de transmisión sexual al recién nacido.

Con respecto al tratamiento farmacológico que será pautado por el neonatólogo, será diferente según la sustancia tóxica consumida, aunque, generalmente se administrará 20mg/kg de fenobarbital IM seguido de 6-12mg/kg/día VO de mantenimiento c/8h. Si además la madre es HB Ag+, se administrará 0,5ml de gamma-globulina anti-hepatitis B y vacuna anti-hepatitis B con 5µg antes de las 12 horas de vida, repitiéndose al mes o a los 2 meses y a los 6 meses.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de abstinencia debe ser inicialmente manejado por las matronas y ginecólogas que atienden y detectan a dichas madres toxicómanas, inculcando y haciendo ver los efectos secundarios que se producirán por el consumo de sustancias tóxicas como puede ser retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, prematuridad, hipertensión y taquicardia materno/fetal, malformaciones, contagio de enfermedades como VIH, VHC

o VHB, pudiendo todo ello llevar a la muerte prematura del bebé.

Con respecto a la actitud a llevar a cabo en la Unidad de Neonatología, se deberá manejar cada caso individualmente, y, tener en cuenta tanto los comentarios de las matronas y ginecólogas, como la de los Servicios Sociales, ya que según la trayectoria de la madre y la sustancia tóxica consumida/tiempo de consumo, el bebé puede ser dado de alta de neonatos e irse con la madre o, puede terminar con la custodia en los Servicios Sociales.

Por último, hoy día no existe un protocolo de actuación común a llevar a cabo del manejo del síndrome de abstinencia del neonato, por lo que resultaría de interés realizar un seguimiento del mejor manejo de dichas situaciones y dejarlo reflejado para que en todos los servicios de neonatología resuelvan estos problemas de salud al unísono diferenciando claramente la actitud a adoptar según el tipo de droga o enfermedad de transmisión sexual a la que se enfrenten en cada caso particular.

6 Bibliografía

1. Fernández Carrión F, Pérez A. Síndrome de abstinencia en la UCIP. [Internet] Protoc diagn ter pediatr. [citado el 13 de abril de 2023]. 2020;3:3-15. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_sindrome_ucip.pdf
2. Mur MA, Lopez-Vilchez A, Paya A. Abuso de tóxicos y gestación [Internet].

AEP [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://seneo.es/images/site/publicaciones/protocolos/17.pdf>

3. Marangoni SR, Gavioli A, Días LE, Oliveira MLF de. Consumo de drogas de abuso durante el embarazo analizado mediante el método de detección oportunista. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [día 14 de abril de 2023];27. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/Yt686KWGPP8DWC4Y8yWY5Bb/?format=pdf&lang=es#:text=Un%20estudio%20realizado%20con%20mujeres,nocivas%20durante%20el%20per%20C3%ADodo%20prenatal>.

4. Zapata Diaz JP, Rendón Fonnegra J, Berrouet MC. Síndrome de abstinencia neonatal. *Pediatría* [Internet]. 2017 [citado el 15 de abril de 2023];50(2). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007313.htm>

5. Metadona. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. *Pediamécum.* [Internet]. 2022. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metadona>

6. López LI, Herrerias A, Franc FJ. Atención de Enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal [Internet]. *Ocronos - Revista Médica y de Enfermería*; 2020 [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencione-enfermeria-en-el-sindrome-de-abstinencia-neonatal/>

7. Síndrome de abstinencia neonatal. [Internet] Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=neonatalabstinencesyndrome90-P05496>

Capítulo 11

EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

LAURA TORRES PANCORBO

CARMEN ROMERO NAHARRO

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

1 Introducción

En los últimos años, hemos experimentado un importante crecimiento en nuestros servicios de vigilancia. Estos incluyen kits de emergencia. Servicios de salud mental integrados como parte de la atención general de emergencia para abordar: Los problemas de salud mental son cada vez más necesarios. Históricamente, el "suicidio" se define como otro síntoma de la enfermedad. La psiquiatría a lo largo de la historia y a medida que se profundiza

El estudio encontró que los suicidios consumados eran parte de un "experimento de suicidio". El término "proceso suicida" tiene un significado más amplio, ya que también incluye las acciones físicas, los pensamientos y los comportamientos que conducen al suicidio. Este proceso incluye conceptos de pensamientos automáticos, autolesiones y suicidio. El pensamiento autónomo se refiere a una presencia

persistente en el sujeto de ideación suicida o ideación suicida. El suicidio, por su parte, se define como toda muerte que se produce directa o indirectamente como resultado positivo o negativo de las propias acciones de la víctima, sabiendo que debe lograr ese resultado.

El suicidio fue un comportamiento que identificamos que se detuvo antes de que resultara en la muerte. Hoy, el suicidio es un problema de salud real y la OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública mundial.

En todo el mundo, 800.000 personas se han suicidado y al menos 10 personas se han suicidado.

40 segundos alguien muere. El suicidio viene en segundo lugar. Principal causa de muerte entre los 15 y los 29 años. El suicidio es la décima causa principal de muerte y la séptima causa principal de pérdida de vidas en los países desarrollados. En España, los riesgos aumentan y el número de muertes, incluidos los accidentes de tráfico, aumenta, pero la ciudadanía no presta mucha atención al tema. Los intentos de suicidio son difíciles de investigar porque no existe un procedimiento de denuncia formal para ellos.

Para ese estudio se utilizarán datos de los servicios de emergencia. En 2020, no habrá más enfermos mentales en riesgo de enfermar tras la pandemia de COVID19

Necesito. Además, algunos intentos de suicidio no terminan en la etapa médica, por lo que no acude a urgencias,

Sin sedimento. Lo mismo es cierto para la ideación suicida si la ideación suicida no está presente. La verificación de por qué el paciente no refirió o documento no se puede incluir en el registro del paciente. Muchos estudios han identificado el sexo femenino, la juventud y la falta de educación como factores de riesgo para la ideación suicida. Presencia de enfermedad psiquiátrica comórbida con la educación.

Las tasas de suicidio son más altas en los hombres. Existen marcadas diferencias entre los métodos de suicidio utilizados por hombres y mujeres. Los hombres son más fuertes en acción. Intentos de suicidio organizado y suicidio cometido.

En ambos casos, las mujeres son más susceptibles a la adicción a las drogas. Entre los hombres, el 87% de los suicidios se deben a la ley de prohibición de beber. Hay varios factores de riesgo para el comportamiento suicida.

80 puede cambiar o no, lo que aumenta la probabilidad de que el sujeto automáticamente intente o se involucre en un comportamiento que sea dañino para el sujeto. Los factores de riesgo incluyen la genética, la edad, el sexo, el empleo y la situación económica, las creencias religiosas, el aislamiento social, el abuso social y las condiciones médicas.

2 Objetivos

- Analizar y explicar las características clínicas asociadas al paciente que acude al servicio de urgencias por tentativa autolítica por parte de enfermería.

3 Metodología

En preparación para este capítulo, se llevó a cabo una encuesta, incluyendo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, referenciando, seleccionando y analizando artículos y estudios publicados en este capítulo. Citas seleccionadas de las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Google Academic. Artículos relacionados con el tema de investigación.

4 Resultados

Aunque se considera un grave problema de salud pública y se están implementando políticas y planes estratégicos, es poco probable que este número disminuya como se esperaba originalmente, pero la investigación y los expertos en salud creen que estas condiciones y crear protocolos de atención específicos.

Cuando un paciente con diagnóstico de ideación suicida es ingresado en planta En el servicio de urgencias, siempre se debe realizar una evaluación psiquiátrica antes de que este paciente presente una condición orgánica estable y debe ser tratado por un especialista, incluyendo, por ejemplo, un período de control de síntomas por intoxicación o abstinencia. Doctor de emergencias. Es importante distinguir si el paciente tiene pensamientos con antecedentes de psicosis, o está en el contexto de consumo de drogas, o si el paciente está en riesgo. En este último caso, las imágenes que promuevan la ideación suicida deben ser abordadas para su posterior reevaluación. Si la persona sigue teniendo pensamientos suicidas después de haber sido afectada por los venenos anteriores, se le llama primer caso.

Dos situaciones clínicas pueden surgir después de una evaluación psiquiátrica. Por otro lado, una vez que la condición del paciente se estabiliza, se realiza una evaluación adicional y, si es necesario, se determina la idoneidad del tratamiento y se da de alta al paciente del hospital. . Otro escenario relacionado con la hospitalización se basa en la fuerza de las intenciones autodestructivas, el autocontrol y el apoyo familiar y social del que dispone el paciente. En este caso, se registra un informe de alta de emergencia en el historial médico del paciente y se deriva

al paciente al departamento de hospitalización psiquiátrica. Por las características de este grupo de pacientes, suelen rechazar determinados procedimientos considerados necesarios por los médicos de urgencias, solicitar el alta voluntaria antes de finalizar el tratamiento y velar siempre por la autonomía y seguridad del paciente. El tribunal de control respectivo intervendrá en caso de ser necesario. Por ejemplo, negarse a proporcionar ingresos que el profesional considere necesarios. Los intentos de suicidio, al igual que el suicidio, no se dan por casualidad, sino que están condicionados por muchos factores de riesgo y otros factores que protegen frente a ellos. Por esta razón, la OMS ofrece una gama de medidas para reducir el riesgo de estos comportamientos, que incluyen:

- Restringir el acceso a vehículos suicidas (pesticidas, armas, algunas drogas, etc.).
- Responsable de la información de las agencias de medios.
- Intervención escolar. - Introducir políticas para reducir los efectos nocivos del consumo de alcohol. Y prevenir el consumo de otras sustancias nocivas. Detección precoz, tratamiento y apoyo a personas con problemas de salud mental y adicciones, dolor crónico y trastornos emocionales agudos.
- Formación del personal sanitario no profesional en la evaluación y tratamiento de la conducta suicida. - Velar por la atención de las personas con pensamientos suicidas y apoyar a la comunidad.

5 Discusión-Conclusión

Las ideaciones suicidas son una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes, pero los intentos de suicidio, cuando requieren de atención médica, suponen un problema para los servicios públicos de salud, ya que a priori son abordados por personal que no está específicamente formado en salud mental, sino en urgencias intra y extra hospitalarias.

Desde el punto de vista Hospitalario, la recepción y valoración inicial de estos pacientes se da en el Servicio de Urgencias, siendo importante la formación de los profesionales en competencias de salud mental para el abordaje.

Otro aspecto crucial es la elaboración de protocolos de actuación en estos casos, donde se trabaje conjuntamente con el Servicio de Salud Mental.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Capítulo 12

ENCEFALOPATÍA DE SÍNDROME NEUROLÓGICO Y LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LAURA TORRES PANCORBO

ELENA CANTÓ GARCÍA

LLANOS LOPEZ MORA

CARMEN ROMERO NAHARRO

1 Introducción

El síndrome de Wernicke-Korsakoff es un cuadro neurológico que es ocasionado debido a un déficit de la vitamina B1“tiamina”, dando lugar a que no pueda llegar suficiente energía al cerebro. En la mayoría de los casos está asociado a pacientes alcohólicos crónicos, en donde la Encefalopatía de Wernicke corresponde a la fase aguda (en donde aparece con alteraciones oculares y ataxia) y la psicosis de Korsakoff asociado a la crónica (que está manifestada con un déficit de memoria que les incapacita para poder realizar una vida social normal). La encefalopatía de Wernicke causa daño cerebral principalmente en las partes bajas del cerebro; concretamente en el hipotálamo y en el tálamo; sin embargo, en la psicosis de Korsakoff se basa en el daño continuo a aquellas zonas del cerebro que están directamente relacionadas con la memoria.

Si se lleva a cabo la suspensión del consumo del alcohol, podemos llegar a conseguir prevenir la pérdida de daño a los principales nervios y también a ciertas funciones cerebrales.

Los principales síntomas que se pueden empezar a manifestar serían: dificultad para mantener una adecuada coordinación o una marcha estable, atrofia y debilidad muscular; así como hipotensión, taquicardia o pueden verse afectados los reflejos siendo estos disminuidos anormales.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en el Síndrome de WernickeKorsakoff y sus cuidados por parte de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Con respecto a esta patología se ha demostrado que se puede diagnosticar midiendo los niveles de tiamina en sangre, con Tomografía computarizada o con Resonancia magnética; ya que se ha visto que tiene una mayor sensibilidad para poder detectar la atrofia en este tipo de patología.

Con respecto al tratamiento, se ha observado que si el grado de obnubilación es muy elevado puede llegar a desembocar en el coma y las principales prioridades a destacar serían: comprobar y mantener la vía aérea permeable, asegurarnos la función ventilatoria y una correcta oxigenación en todo momento; si fuera preciso coger una vía intravenosa. Si se tiene cualquier sospecha de este síndrome administraremos tiamina IV/IM durante 5 días. Se recomienda la administración conjunta de sulfato de magnesio cuando se diagnostica o sospecha, ya que se han observado casos de fracasos terapéuticos en casos de hipomagnesemia.

La vitamina B1 se puede suministrar de diferentes formas, ya sea a través de una inyección intramuscular o de una inyección intravenosa, pero es importante

saber que no nos va a ayudar a mejorar la pérdida de la memoria y de la capacidad intelectual que se ha producido durante la psicosis de Korsakoff.

La suspensión del consumo de alcohol puede ayudar a prevenir aquella pérdida adicional de las funciones cerebrales y el daño a los nervios. Es recomendable llevar a cabo una dieta nutritiva y bien equilibrada para poder ayudarnos, pero sin olvidar en ningún momento que esto no es la única solución y no es un sustituto para dejar totalmente el consumo de alcohol o tóxicos. De ahí, destaca la importancia de tener una disciplina y una correcta educación sobre el tema y llevar a cabo una vida controlada.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que la mayoría de las personas afectadas con esta patología coinciden con personas que son frecuentemente bebedoras de alcohol (siendo generalmente la cerveza la principal bebida), ya que a su vez el alcohol dificulta la absorción de tiamina de la dieta. Destacamos la importancia que tiene llevar a cabo un correcto tratamiento que nos pueda asegurar un mayor control de los síntomas y evitar que podamos tener recaídas o un empeoramiento de la enfermedad y seguir unas recomendaciones básicas que garanticen un mayor control de esta patología y tener cierta regularidad para conseguir dicho control sobre ella.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus. Síndrome de Korsakoff [Internet]. EE.UU: MedlinePlus 2011 [citado 29 Sep 2015]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000771.htm>.
2. Joseph V, Campellone MD. Síndrome de Wernicke-Korsakoff [Internet]. Estados Unidos: Editorial team; 2014 [actualizado 24 Feb 2014; citado 9 Sep 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000771.htm>.

Capítulo 13

LÁSER DE DIÓXIDO DE CARBONO EN DERMATOLOGÍA HOSPITALARIA

TAMARA PALOMINO MARTIN

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

MIRIAM CASARES BENITO

LORENA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

La piel dañada por el sol o por envejecimiento cronológico , son uno de los motivos más frecuentes de consulta dermatológica diaria.

El proceso natural del envejecimiento, a consecuencia del sol y a la polución , produce un deterioro de la estructura y de la función de la piel.

El láser resurfacing con dióxido de carbono CO₂ es también utilizado en medicina estética y ha sido siempre considerado como la primera elección de tratamiento para las arrugas y señales de fotoenvejecimiento.

Pero en dermatología hospitalaria está indicado para cualquier proceso superficial que afecte a epidermis y dermis superficial

El láser CO₂ utilizado en aplicaciones dermatológicas para el envejecimiento cutáneo puede dividirse en 3 grandes categorías:

- Skin resurfacing tradicional o ablativo: la energía aplicada mediante el láser interacciona con el tejido haciendo diana en el cromóforo agua, actuando

a nivel de epidermis y parte de la dermis. El periodo de recuperación es más largo además de presentar efectos secundarios como edema, costra y eritema prolongado.

- Skin rejuvenation o remodeling no ablativo: utiliza una energía térmica aplicada en la dermis dejando intacta la epidermis por el proceso de fototermolisis selectiva.
- Técnica fraccional. Consiste en la aplicación de pequeñas columnas de energía térmica dejando la piel indemne entre ellas. Es muy eficaz para el tratamiento de la piel fotoenvejecida.

El láser CO₂, está compuesto por:

- brazo articulado
- escáner
- 2 piezas de manos intercambiables: una que entrega energía térmica a la dermis y otra con penetración más profunda. Ambos pueden combinarse.
- Sistema de circulación de aire
- Soporte del escáner
- Panel de control.

2 Objetivos

- Dar a conocer las diferentes aplicaciones dermatológicas, beneficios, criterios de exclusión, efectos secundarios y cuidados post- quirúrgicos del láser CO₂
- Considerar los atributos del láser ablativo fraccionado CO₂ como herramienta terapéutica en constante desarrollo

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha comenzado por realizar una búsqueda y revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google académico, Pubmed y Scielo.

Una vez recopilada toda la información necesaria se ha procedido a elaborar el trabajo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves utilizadas: " Láser", " Dermatología", "Ablativo" "Fotoenvejecimiento"

4 Resultados

La técnica del láser CO2 consiste en la emisión de minúsculos haces de energía láser que penetran en la piel en forma de pequeñas columnas térmicas hasta la dermis por lo que dependiendo del resultado que se quiera obtener serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser.

El láser utilizado en aplicaciones dermatológicas se clasifica en 2 grandes categorías:

- Tradicional o ablativo: Actúa a nivel de epidermis y parte de la dermis.

La energía aplicada en este tipo de láser, actúa de dos modos:

Modo corte: es capaz de cortar el tejido de una forma muy precisa, de manera que al hacer una incisión se produce muy poco daño periférico, sin dañar las áreas cercanas a la zona intervenida, es decir no sufren ningún daño y las células resultan indemnes. Esto produce que el dolor y la inflamación postoperatoria sean mínimas.

Modo vaporización: produce la eliminación de la lesión al mismo nivel dérmico, generando una quemadura controlada, evitando así cicatrices hipertróficas.

El periodo de recuperación es más largo además de presentar efectos secundarios como edema, costra y eritema prolongado.

- Técnica fraccional. Consiste en la aplicación de pequeñas columnas de energía térmica dejando la piel indemne entre ellas. Es muy eficaz para el tratamiento de la piel fotoenvejecida.

Láser CO2 en dermatología hospitalaria está indicado en diferentes lesiones cutáneas dependiendo del modo en el que el láser actúe.

Esta indicado en modo fraccional para

- Liquen
- Depósitos de medicamentos

Esta indicado en modo ablativo para lesiones como:

- Nevus epidérmico
- Queratosis actínica
- Queloides
- Neurofibromas
- Condilomas

Criterios de exclusión:

Será el médico quien decida que pacientes son candidatos para la realización del láser según la historia clínica del paciente.

- Mala cicatrización: riesgo de queloides
- Enfermedades infecciosas: Sida, Hepatitis C, herpes simple, psoriasis, eccemas
- Embarazo
- Fototipos V-VI: precaución con los fototipos IV ya que, al ser personas de pelo oscuro y piel morena, rara vez se queman y se broncean muy rápido, siendo peores candidatos para la utilización de láser CO₂
- Antecedentes de hipo-hiperpigmentación

Efectos secundarios

- Eritemas: aplicar soluciones descongestivas para disminuirlo
- Edema: aplicar hielo en la zona intervenida
- Infecciones
- Dermatitis
- Herpes simples
- Hiper o hipopigmentación en la zona tratada
- Prurito: será recomendable la utilización de loratadina 10 mg vía oral
- Queloides

Preparación previa:

- Evitar la exposición al sol y rayos UV al menos 1 mes antes del tratamiento mediante métodos físicos (ropa, sombrero, gafas de sol...) y con fotoprotectores de 50
- No tomar medicamentos fotosensibles: interaccionan con el láser, como pueden ser los anticoagulantes y anticonceptivos entre otros.
- Preparación de la piel 4 semanas antes con productos que contengan retinoides ya que tienen un efecto renovador y los efectos del láser se verán potenciados.

- Recomendable una ducha con gel antiséptico
- Anestesia tópica: será el medico quien indique si se puede aplicar algún tipo de anestésico tópico antes del tratamiento
- Tratamiento antiviral: pacientes que tienen tendencia a la aparición de herpes simples, tendrán un tratamiento antiviral 6 días antes de la intervención con el láser CO2, mientras que pacientes que no son propensos a la aparición de herpes simples, utilizan el tratamiento 3 días antes

Intervención

Cuando el paciente acude a quirófano para la realización del tratamiento con el láser CO2, lo primero que tenemos que hacer es:

- Colocación de indumentaria tanto para nosotros como para el paciente y material del quirófano.
- Equipo del láser
- Aspirador: durante la intervención, el propio láser emite unos gases tóxicos y por tanto la utilización del aspirador cerca de la zona donde se va a intervenir, evitara la difusión de esos gases tóxicos
- Mascarillas FFP3 O FFP2 y mascarillas quirúrgicas
- Colocación de protectores oculares tanto para nosotros como para el paciente, si la realización es cercana a los ojos.
- Limpieza de la zona antes del tratamiento: con suero o clorhexidina
- Durante la intervención se podrá aplicar aire frío (crioterapia), dispositivos de vibración o anestesia local inyectada para paliar el dolor.
- La duración de la intervención tiene una duración entre los 20 a 60 minutos según la zona a tratar.
- Es un procedimiento ambulatorio.
- Sensación de calor, escozor y picazón, molesta pero soportable.
- Es recomendable la toma de fotos antes y después del tratamiento para comparar y ver los resultados.

Cuidados post-intervención:

- Uso diario de protección solar durante al menos 6 meses después de la intervención
- Evitar fumar: el tabaco va a enlentecer la recuperación posterior y empeorar los resultados del tratamiento
- Antibióticos tópicos tras la intervención como puede ser gentamicina.
- Repetición de sesiones entre 1 a 2 meses

- Periodo de recuperación muy rápida
- Aparecerá una costra que caerá espontáneamente

Beneficios

- Destrucción bastante selectiva
- Sella vasos linfáticos, sanguíneos y terminaciones nerviosas
- Daña poco el tejido periférico
- Esteriliza campo quirúrgico, por lo tanto, hay menos riesgo de infecciones
- Es un procedimiento sin contacto

5 Discusión-Conclusión

- Los láseres constituyen una buena alternativa de tratamiento, e incluso en alguna ocasión, siendo la única opción en algunas patologías.
- El paciente deberá ser informado de los beneficios y riesgos del tratamiento.
- El láser CO2 es el más utilizado en la especialidad de dermatología.
- En la actualidad mediante la fototermólisis selectiva, el láser llega a la zona tisular, que es el lugar más preciso, para el uso del láser en dermatología.
- En la actualidad el tratamiento de rejuvenecimiento cutáneo mediante láser CO2 es el más demandado.
- El láser CO2 puede ser utilizado a modo de bisturí siendo más ventajoso ya que, es capaz de coagular los vasos a la vez que corta, sin provocar efecto térmico en los tejidos sanos circundantes.
- Su desventaja es la gran producción de humo, que debe ser aspirado mediante un aspirador instalado en el quirófano, ya que se han aislado en él, productos cancerígenos y virus, precisándose protección mediante mascarillas especiales
- El postoperatorio es prácticamente indoloro.
- El láser con CO2 con respecto al bisturí tradicional tiene grandes ventajas como: mayor precisión, menos hemorragias, menos respuesta inflamatoria y mejor cicatrización.

6 Bibliografía

1. Arredondo MI, Vásquez LA, Arroyave JE, Molina V, Del Río DY, Herrera J. Láser en dermatología. rev asoc colomb dermatol cir dematol [Internet]. 2014 [citado el 1 de agosto de 2023];22(2):111–25. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVREVISTAS/DERMATOLOGIA/v12_n2/laser_dermatologia.htm

2. Altemir A, Boixeda P. Tratamiento láser de cicatrices por quemaduras. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2022;113(10):T938–44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731022008316>
3. Borges J, Manela-Azulay M, Cuzzi T. Fotoenvejecimiento y la utilidad clínica del láser fraccionado. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2016 [citado el 6 de agosto de 2023];9:107–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27217790/>
4. Tierney EP, Hanke CW. Tratamiento de la hipopigmentación inducida por láser de CO2 con rejuvenecimiento con láser fraccionado ablativo: informe de un caso y revisión de la literatura. *J Drogas Dermatol* [Internet]. 2010 [citado el 6 de agosto de 2023];9(11):1420–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21061766/>

Capítulo 14

CRIOTERAPIA CON NITRÓGENO LÍQUIDO EN LESIONES CUTÁNEAS EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA

TAMARA PALOMINO MARTIN

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

MIRIAM CASARES BENITO

LORENA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

Durante los últimos años, se ha ganado experiencia en los métodos de criocirugía para tratar lesiones producidas por el efecto nocivo de los rayos solares en la piel. Uno de esos métodos es la crioterapia, que consiste en la utilización de frío en la piel con el fin de eliminar lesiones dermatológicas benignas o malignas. En la actualidad, en las consultas de atención primaria, se ha observado un importante desarrollo de las técnicas de cirugía menor.

La crioterapia produce una destrucción local del tejido de manera eficaz y controlada generando una ruptura de la membrana a nivel celular, desnaturalización las proteínas y alteraciones metabólicas. En la vasculatura produce vasoconstricción y formación de trombos, isquemia y necrosis tisular

Existen varios métodos de aplicación, como pueden ser las técnicas de congelación de spray o aerosol y con aplicadores, el método criosonda, y el uso de termo acoplador.

Las indicaciones de la crioterapia en la consulta de medicina de familia más frecuentes suelen ser:

- Verrugas
- Queratosis seborreicas y actínicas
- Moluscos
- Nevus dérmicos

Mientras que en las consultas de dermatología se utiliza para

- Lesiones vasculares
- Quistes mucosos
- Condilomas
- Queloides
- Carcinoma basocelular

Las complicaciones más comunes son vesículo-ampollas, hiperpigmentación e hipopigmentación. Los efectos secundarios más comunes son intolerancia al frío, tumores con bordes no delimitados o con pigmentación muy oscura, cerca de los márgenes de los ojos, párpados, mucosas, nariz y orejas.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes utilidades de la crioterapia en lesiones cutáneas
- Conocer la eficacia, tolerancia y seguridad de la técnica de crioterapia

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google académico, Pubmed y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave utilizadas: "Crioterapia" , "Lesiones cutáneas", "Dermatología" , "Enfriamiento".

4 Resultados

La agresión que produce la radiación solar sobre la piel, conocida como fotodaño, genera un grupo de manifestaciones dermatológicas que con una larga exposición solar dan lugar a malignización.

Estas lesiones aparecen en zonas más expuestas del cuerpo como pueden ser, cara, cuello y miembros. Aumenta con la edad y en personas que pasan la mayor parte del tiempo al aire libre

Una mayor pigmentación de la piel protege contra el cáncer, por lo que es más frecuente en albinos y pacientes con xeroderma pigmentoso.

El enfriamiento conseguido dependerá del medio utilizado, del tiempo de aplicación, de la temperatura inicial, de la técnica empleada, de la localización de la zona concreta y de otros factores individuales.

Cuando se aplica una cantidad media de frío sobre la superficie de la piel, se produce una separación entre ambas capas de piel (epidermis y dermis); la membrana basal permanece intacta, y la temperatura de la célula desciende por debajo de 0 grados. Se consigue un mayor efecto del tratamiento, generando una congelación rápida del tejido y una descongelación de manera paulatina. Si este procedimiento (congelación -descongelación) se repite en más de una ocasión sobre el tejido resulta más letal, que uno solo prolongado.

Ante cualquier procedimiento, el paciente tiene que ser informado de la técnica y obtener el consentimiento verbal o escrito. Se le indicará que se puede utilizar un anestésico local inyectado, como lidocaína o mepivacaina, o un anestésico tópico, recomendable en los niños.

Para pacientes con buena cicatrización, anticoagulados, con coagulopatías, movilidad reducida o con marcapasos, es un tratamiento de elección.

En diversas lesiones tanto benignas, premalignas y malignas son tratadas con nitrógeno líquido, aunque no sea la única modalidad de tratamiento.

En algunas lesiones, la crioterapia se considera de principal tratamiento, y depende de la naturaleza de la lesión, del tipo de piel y de las expectativas del paciente. Es recomendable en personas de fototipo I, II y III, para personas con manchas melanocíticas, queratosis seborreicas y actínicas y fibromas blandos.

La dosis de nitrógeno dependerá del tamaño, tipo de tejido y profundidad de la

lesión. Se deberá considerar, igualmente, la zona del cuerpo donde se encuentre la lesión al igual que la congelación requerida. Se deberá valorar el espesor de la epidermis, las estructuras subyacentes, el contenido de agua de la piel y el flujo sanguíneo.

Las ventajas de este tipo de tratamiento son

- tiempo de preparación corto
- no requiere materiales costosos
- el riesgo de infección es bajo
- el cuidado de la herida es mínimo
- no es necesario el uso de sutura
- el procedimiento se puede realizar en una consulta médica de rutina
- buenos resultados estéticos
- se puede tratar varias lesiones
- no requiere una preparación especial por parte del paciente

Los efectos secundarios y las complicaciones de esta técnica se han dividido en inmediatos, mediatos, prolongados temporales y prolongados permanentes.

- Los efectos secundarios inmediatos, pueden generar, dolor, cefalea, edema subcutáneo, hemorragia, edema, síncope y ampollas.
- Los efectos secundarios mediatos, pueden generar infección, reacciones febriles, hiperplasia pseudoepiteliomatosa y hemorragias.
- Los efectos secundarios prolongados temporales, pueden generar hiperpigmentación, quistes de milium, cicatrices hipertróficas, daño nervioso y artralgias.
- Los efectos secundarios prolongados permanentes pueden generar: hipopigmentación, atrofia, alopecia y ectropión.

Hay pocas contraindicaciones para la crioterapia en general pero las generadas están relacionadas con enfermedades ya asociadas al paciente. A menudo, la crioterapia no se realiza en pacientes de edad avanzadas, a causa de la lenta curación de las heridas.

5 Discusión-Conclusión

- La utilización del tratamiento con crioterapia es uno de los tratamientos más utilizados en dermatología y en consulta de medicina de familia
- Siempre tiene que ser realizado por un especialista cualificado en identificar de manera dermatoscopia las posibles lesiones generadas por radiación solar.
- Antes de utilizar este tipo de tratamiento se debe tener en cuenta diferentes factores bio-psicosociales para obtener un buen resultado, al igual que el paciente deberá ser informado de la técnica y obtención del consentimiento.
- La crioterapia es una buena elección para la eliminación de diferentes lesiones de piel generadas por un daño solar
- Técnica poco invasiva, de bajo coste, y de rápida cicatrización
- Las contraindicaciones generadas están muy relacionadas con patologías previas

6 Bibliografía

1. Darias Domínguez C, Roque Enríquez A, Torres Carrascal CA, Oliva Pérez Y. Efectos terapéuticos de la crioterapia con nitrógeno líquido en lesiones por fotodaño, en la consulta dermatológica. Rev médica electrón [Internet]. 2021 [citado el 28 de julio de 2023];43(4):1069–78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000401069
2. Menéndez Villalva C, Gamarra Mondelo T, Fernández Alvarez R, Núñez Losada C, Pérez García M, Bujan Garmendia S. Crioterapia con óxido nítrico en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2003;31(2):87–92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703791434>

Capítulo 15

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

1 Introducción

El lupus es una enfermedad reumática, autoinmunitaria, crónica y compleja que puede afectar las articulaciones, la piel, el cerebro, los pulmones, los riñones y los vasos sanguíneos, de manera que provoca inflamación generalizada y daño del tejido en los órganos afectados. Se caracteriza por un conjunto de manifestaciones clínicas asociadas a la presencia de anticuerpos.

Su etiología se desconoce; sin embargo, varios estudios señalan ciertas alteraciones genéticas predisponentes que desencadenan la enfermedad frente a estímulos ambientales aún no precisados.

La incidencia del LES está condicionada por el sexo y la edad, siendo mayor en mujeres que en hombres.

La raza es otro factor importante dentro de esta enfermedad, afectando en mayor incidencia en número a las mujeres negras (afroamericanas) y asiáticas, que a las mujeres de origen hispano.

Es más frecuente que ocurra entre los 15 y los 45 años de edad, es decir, suelen ser mujeres en edad fértil, por lo que el embarazo es una situación potencialmente frecuente en este grupo de pacientes.

Existe un elevado número de complicaciones médicas y obstétricas que pueden complicar la gestación en mujeres con LES.

Sin embargo, una adecuada planificación y manejo del embarazo en unidades multidisciplinarias especializadas aumenta de forma muy significativa las probabilidades de éxito.

El inicio del lupus puede ser en forma de sintomatología inespecífica, común a otros procesos, como fiebre, pérdida de peso, poliartralgias, polimialgia, cefalea, malestar general o astenia, lo que puede dificultar el diagnóstico.

La presentación puede incluir cualquier órgano o sistema. Los más frecuentes son la piel y el sistema articular, seguidos de síntomas constitucionales inespecíficos.

2 Objetivos

- Conocer en profundidad la enfermedad del lupus eritematoso sistémico desde un punto de vista clínico e identificar el comportamiento de cada persona frente a esta.
- Fomentar una atención integral e integrada a la persona, familiares y a su entorno con una visión multidisciplinar.
- Mejorar las habilidades clínicas de los profesionales sanitarios implicados en la atención de las personas con LES.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica, se llevaron a cabo una serie de búsquedas bibliográficas y selección de artículos de interés, que posteriormente fueron revisados mediante una lectura crítica sistemática para dar respuesta a los objetivos planeados. Se utilizan buscadores como PubMed, Biblioteca Virtual Biomédica de SciELO, Elsevier, en la base de datos de CUIDEN, en Google Académico y diversos libros específicos y manuales de reumatología.

Teniendo disponible toda la información que vamos a utilizar comienzo la selección de criterios de cada uno de ellos, incluyendo los artículos de más interés y excluyendo los menos importantes o por consiguiente obsoletos.

Pasos que se han seguido:

- Formulación de preguntas: ¿Que es el Lupus?, calidad de vida en el LES, actuación de enfermería en pacientes con LES, tratamiento específico en el lupus, tratamientos para mejorar la salud en pacientes con LES
- Revisiones bibliográficas en las bases de datos mencionadas anteriormente.

4 Resultados

El LES puede afectar de diversas formas la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de quienes padecen esta enfermedad, más concretamente a nivel de la actividad física, sexual, mental y social.

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: sociológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).

La percepción de la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas como el lupus y las enfermedades reumáticas en edades más tempranas como la niñez y la adolescencia puede vulnerar de manera significativa el desarrollo psicosocial, afectando la autoimagen y/o procesos de socialización.

El estilo de vida y los hábitos de autocuidado pueden mejorar su calidad de vida y el control de su enfermedad, adaptación y más adelante la vida laboral y profesional.

Es muy importante en estos pacientes desarrollar hábitos de vida saludable como no fumar ni beber alcohol, una dieta sana y practicar ejercicio, entre otras cosas.

En España, se han empezado a integrar enfermeras en algunas unidades de reumatología, viendo la importancia de ello. Actualmente, muchos de los hospitales y centros de salud en España, cuentan con una enfermera especialista

en reumatología con cierta independencia, ya que tiene una consulta y agenda propia de pacientes. Este hecho permite una repartición de la carga asistencial que antes solo soportaban algunos profesionales de la salud y una mejora en la atención de los pacientes

Las actividades que llevan a cabo estas enfermeras con sus pacientes son educación sanitaria, administración y control de tratamientos, exámenes clínicos, organización de las citas de los pacientes y tener un seguimiento de ellos.

Además, por parte de la enfermera permite estar en continua comunicación con el paciente y su familia para cerciorarse que cumple el tratamiento y tener una valoración continua de su estado de salud.

La información y educación para la salud a cada paciente sobre las características de su enfermedad, es más recomendable que sea de manera individual y no colectiva, ya que el paciente siente más confianza.

Para ofrecer estos cuidados óptimos a los pacientes, la humanización y la eficacia de la atención en salud deben ser valores principales en enfermería. Se debe dar mayor importancia a la valoración del paciente para así poder llevar a cabo un proceso de atención de enfermería (PAE) adecuado, para realizar acciones que supongan un beneficio para el paciente.

A pesar de los esfuerzos de la OMS, esta enfermedad sigue siendo un problema de salud pública, pero una buena adherencia a los tratamientos por parte de estos pacientes también disminuiría costos al sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

- El Lupus es una enfermedad autoinmune de causa desconocida que puede causar daño a diversos órganos del cuerpo.
- La etiología es mayor en mujeres que en hombres.
- La edad de aparición suele estar entre los 15 y los 45 años.
- El diagnóstico temprano es muy importante para poder comenzar rápidamente con el tratamiento y así evitar que la enfermedad se agrave y mejorar el pronóstico y la vida de los pacientes.
- La calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con LES está afectada a nivel físico, sexual, mental y social, y es percibida de una manera más negativa

en esta enfermedad.

- El papel de las enfermeras con sus pacientes son educación sanitaria, administración y control de tratamientos, exámenes clínicos, organización de las citas de los pacientes y tener un seguimiento de ellos.

6 Bibliografía

1. Ariza K, Isaza P, Gaviria AM, Quiceno JM, Vinaccia S, Alvarán L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico-LES. *Terapia Psicológica*. 2010, Vol. 28, N° 1, 27-36. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/251072051_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_factores_psicologicos_y_fisiopatologicos:en_pacientes_con_diagnostico_de_Lupus_Eritematoso_Sistemico_-_LES
2. Solares Sampedro S. Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2019 Febrero; 7 (1):26-41.https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Invierno%202019/3_Artritis.pdf
3. Carmona L, Laffon A, Ballina J, Gabriel R. Estudio EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población . España, 2001
4. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [letter]. *Arthritis Rheum*1997;40:1725.https://www.reumaped.es/images/site/pdf/criterios/docs/LES_Revisionados.pdf

Capítulo 16

ENFERMERÍA: LITIASIS RENAL

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

1 Introducción

La litiasis renal es una patología que se caracteriza por la aparición de cálculos en el aparato urinario superior (parénquima renal, cálices, pelvis o uréter). Esta patología urológica supone un mayor gasto económico y social, derivado de la atención en urgencias, pruebas complementarias, tratamientos farmacológicos y quirúrgicos y bajas laborales.

Los pacientes con litiasis renal tienen algún trastorno en la absorción, metabolismo o excreción de los componentes de los cálculos, de las sustancias inhibitoras de la formación de los mismos o del pH de la orina.

Las formas de presentación clínica de la litiasis renal son variables dependiendo del tamaño, localización y composición de los cálculos en el aparato urinario. Algunos pueden ser poco sintomáticos.

La litiasis renal es la tercera afección más frecuente del aparato urinario. Se calculan en un 15% (5% en mujeres, 12% en hombres) las probabilidades de desarrollar un cálculo. En términos de manifestaciones clínicas, los hombres son más sintomáticos que las mujeres.

Es posible que exista una herencia litiásica, difícil de poner en evidencia por la coexistencia de numerosos factores extrínsecos, alimenticios y ambientales, principalmente.

Los pacientes con litiasis urinaria, a veces, pueden hallar alivio en alguna posición. Se sientan, se paran, caminan, se recuestan y se mueven a menudo en un intento por deshacerse de lo que sea que está provocando su molestia. La fiebre no está presente a menos que se presente una infección urinaria junto con el cálculo. El examen de abdomen revela un moderado dolor a la palpación profunda sobre la localización del cálculo y en el área del flanco.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tratamientos, quirúrgicos y alimentarios, para mejorar las habilidades de los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes que sufren esta enfermedad.
- Realizar una revisión de las distintas alternativas de los tratamientos que pueden aplicarse a los pacientes, detallando el estado actual de los tratamientos desde el punto de vista de la enfermería.
- Promover una atención integrada a la persona y a sus familiares realizando una buena educación para la salud de manera individual para cada paciente y tener una valoración para un seguimiento más exhaustivo de su enfermedad.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica, se llevaron a cabo una serie de búsquedas bibliográficas y selección de artículos de interés, que posteriormente fueron revisados mediante una lectura crítica sistemática para dar respuesta a los objetivos planeados.

Se utilizan buscadores como PubMed, Biblioteca Virtual Biomédica de SciELO, Elsevier, en la base de datos de CUIDEN, en Google Académico y diversos libros específicos y manuales de urología. Estudios prospectivos y metaanálisis de diferentes autores. Teniendo disponible toda la información que vamos a utilizar comienzo la selección de criterios de cada uno de ellos, incluyendo los artículos de más interés y excluyendo los menos importantes o por consiguiente obsoletos. Para buscar en estas bases de datos es necesario tener unas palabras claves. Las palabras clave introducidas en la búsqueda fueron las siguientes:

- En español: litiasis renal, cálculos renales, espectroscopia IR, espectroscopía, cólico nefrítico, estructura del cálculo, diagnóstico cálculo renal, litotricia.

Incluyo: guías clínicas, artículos cuyo tema fuera la terapia expulsiva en la litiasis renal, la afectación en las diferentes personas y sus tratamientos, y el papel de la enfermería, así como artículos que fueran originales.

Excluyo: artículos anteriores a 2012, proyectos e investigaciones de la litiasis en animales y aquellos artículos de páginas en las que hay que suscribirse.

4 Resultados

Tras revisar varios artículos como he comentado en la introducción podemos decir que la litiasis renal es la obstrucción del uréter, esta puede producirse a distintos niveles según donde se encuentre el cálculo. Puede producirse por diversas circunstancias, entre ellas genéticas y las dietéticas juegan un papel muy importante y que pueden padecerla todas las personas sin importar el sexo y la raza.

En 2021 se demostró que la litiasis urinaria en países desarrollados va en aumento con respecto a los subdesarrollados, esto quiere decir que es más frecuente en el mundo occidental.

Se ha demostrado que la incidencia en la mujer es superior con respecto al hombre, debido a los cambios en la dieta y la obesidad. En cuanto a la composición litiásica, los de oxalato cálcico siguen siendo los más frecuentes, aunque en la actualidad los de ácido úrico van en aumento.

Acerca de la elección de los tratamientos, para cada caso deben considerarse varias variables. En primer lugar, considerar las características de cada paciente en particular, como comorbilidades, anatomía, los tratamientos previos y sus preferencias personales, entre otros. En segundo lugar, ver las características de la litiasis propiamente tal, tamaño o volumen, localización, cantidad, densidad. En tercer lugar, considerar la experiencia o capacidades de cada cirujano y las técnicas que domine, y por último la disponibilidad de instrumental y equipamiento de los cuales disponga la institución donde trataremos al paciente.

Las intervenciones que se pueden llevar a cabo para la litiasis ureteral son: Ureteroscopia semirrígida, Ureteroscopia flexible y litotricia extracorpórea, ganando ventaja la ureteroscopia en cuanto a tasa libre de cálculos y menor porcentaje de retratamiento, en comparación a la litotricia extracorpórea. Si hacemos referencia a la litiasis renal las alternativas a considerar son nefrolitotomía percutánea (en sus distintas versiones, estándar o miniperc), nefrolitotomía endoscópica flexible y litotricia extracorpórea. Es importante también mencionar que tanto la cirugía laparoscópica y la cirugía abierta aún tienen un rol en el manejo de la litiasis urinaria.

Para finalizar, creo que es de gran importancia la calidad de vida de los pacientes que sufren el cólico renal, por eso es necesario dar unas pautas a los pacientes para evitarlos o en el peor de los casos, saber manejarlo. Como resultado de estas pautas, se educará al paciente en los hábitos alimenticios que conseguirá evitar o reducir la formación de cálculo. A los pacientes que ya lo padecen les enseñaremos a manejar y controlar el dolor. Todo esto supondrá una disminución de visitas médicas, una disminución en la toma de fármacos y por consiguiente un ahorro a nivel del sistema de la seguridad social.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la litiasis está en continuo crecimiento en los países desarrollados. Este incremento es debido a diversos factores, destacando los cambios dietéticos y los estilos de vida de la población. Hoy en día hay un mayor consumo de proteínas de origen animal, de sal, la tendencia a una vida sedentaria, la obesidad y el síndrome metabólico, tiene una influencia determinante.

Debemos tener en cuenta que la enfermedad litiásica tiene muchas posibilidades a la recidiva. La mayoría de los pacientes están expuestos a padecer un nuevo episodio litiásico a lo largo de su vida. Por este motivo, desde el primer nivel asistencial, es importante que se detecte de forma precoz a los pacientes con síndrome metabólico, pues insistir en los factores asociados no solo es beneficioso para combatir la nefrolitiasis, sino que se intentara prevenir la evolución a formas más graves y complicaciones, especialmente los eventos cardiovasculares.

Más de la mitad de los cálculos serán expulsados de forma espontánea, siendo la primera actitud desde atención primaria controlar el dolor y confirmar el diagnóstico. El estudio del cálculo expulsado y de los factores de riesgo bioquímicos y endocrinometabólicos, proporcionará al médico de primaria información suficiente para un tratamiento preventivo racional y específico, pudiendo reconocer las complicaciones que requerirán intervención especializada. Con todo lo comentado en el apartado anterior llegamos a varias conclusiones:

1. La litiasis renal es una enfermedad caracterizada por la aparición de cálculos en el aparato urinario superior.
2. La aparición de cólicos renales es similar en hombres y mujeres, siendo los más corrientes los cólicos de ácido úrico en hombres y los cólicos cuyo origen es infeccioso en mujeres.
3. La edad de aparición suele darse entre los 30 y los 60 años.
4. Es muy importante un diagnóstico temprano para poder comenzar rápidamente con el tratamiento y así intentar eludir que la enfermedad se agrave y

mejorar el pronóstico y la vida de los pacientes.

5. El papel de las enfermeras con sus pacientes son educación sanitaria, administración y control de tratamientos, exámenes clínicos, organización de las citas de los pacientes y tener un seguimiento de ellos.

El desarrollo de cálculos renales es una enfermedad con una alta prevalencia y por lo tanto su diagnóstico precoz permite que se evite la formación de recidivas y también las posibles complicaciones que puede traer esta enfermedad. Este trabajo pretende dar una imagen global acerca de los distintos métodos instrumentales y químicos de diagnóstico para poder sacar una conclusión sobre cuál o cuáles son las mejores técnicas y tratamientos.

En consideración de los resultados, probablemente se puede decir que la mejor técnica para el diagnóstico de los cálculos renales en función de las ventajas (elevada calidad y específico) y los inconvenientes (material y personal especializado), es la prevención. Es importante para el correcto diagnóstico realizar otras pruebas complementarias para poder saber con certeza el origen y la composición del cálculo.

Debemos tener en cuenta que no existe la técnica perfecta de diagnóstico y que ninguna de las técnicas por si sola es capaz de reconocer todas las características del cálculo. No obstante para poder avanzar en el estudio de esta patología es necesario un estudio pluridisciplinar y seguir progresando en el uso de técnicas para poder disminuir la prevalencia y las complicaciones que conlleva esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Gonzalo Rodríguez V, Pérez Albacete M, Pérez-Castro Ellendt E. [The stone disease]. Archivos españoles de urología. 2009;62:623-9.
2. Gràcia-Garciaa, F. Millán-Rodríguez , F. Rousaud-Barónb, R. MontanésBermúdez , O. Angerri-Feub, F. Sánchez-Martínb, H. VillavicencioMavrichb y A. Oliver-Samper. Por qué y cómo hemos de analizar los cálculos urinarios. Actas urológicas españolas. 2010.
3. Fábregas, M., Solórzano, Y., & Aragonés, R. (2004). La litiasis renal y el cólico nefrítico. Guías Clínicas en Atención Primaria, 4(1).

Capítulo 17

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES POR PARTE DE ENFERMERÍA

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

1 Introducción

A lo largo de los tiempos se ha ido mejorando la salud de las personas gracias a dos grandes avances y a las medidas de la sanidad que han ayudado a acrecentar la esperanza de vida: la potabilización del agua y la vacunación.

En 1796 Edward Jenner fue el que dio los primeros pasos con la vacuna de la viruela, aunque no fue hasta el año 1880 cuando se reveló y descubrió la vacuna contra la rabia de la mano de Pasteur, al que llamaron y es conocido como el padre de la vacunología.

En el caso de los recién nacidos, diversos estudios han demostrado que la madre anterior al nacimiento, a través de la placenta, le transmite protección contra los microbios que le causan la enfermedad, esta protección durara unas semanas.

Tras un mínimo periodo de tiempo, esta protección desaparece.

Las vacunas son concretadas como preparaciones que se administran a los individuos para poder generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad, cuando esta se administra el sistema inmunológico se activa y reconoce el antígeno, entonces este le activara a la producción de anticuerpos contra lo que él interpreta como la enfermedad.

Es por esto, que si la persona en algún momento de su vida entrara en contacto con ese organismo contra el cual ya ha sido vacunada, las defensas que se generan por haberse puesto la vacuna la tendrían protegida para evitar la enfermedad o harían que esta fuera más leve en cuanto a sintomatología.

Lo más habitual es administrarlas mediante las inyecciones, aunque algunas sean por vía oral. En muchos de los casos son necesarias varias dosis para llegar a conseguir que el efecto protector se mantenga por los años.

2 Objetivos

-Abordar el tema de las vacunas y la importancia de la vacunación tanto individualmente como en el contexto sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El objetivo y el fin de la vacunación no es otro que el de reducir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades que se pueden prevenir a través de estas, en los niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y los grupos de riesgo. Debemos de promocionar y sensibilizar a la gente con este tema y que consigan ver la vital importancia de lograr una inmunización completa a lo largo de la vida.

Grosso modo y en lenguaje comprensible para la población no sanitaria, expresaremos que son medicamentos biológicos que, si los administramos a personas

que están sanas, estas activan y producen unos anticuerpos que de alguna manera actúan protegiéndole por si en un futuro tiene un contacto con ese agente infeccioso y así poder evitar la infección o la enfermedad.

Los padres tienden a la sobreprotección de sus hijos y sobre todo a intentar evitarles cualquier tipo de sufrimiento o dolor, pero en este caso cualquier llanto o posible pequeño dolor en la zona de la vacuna por parte del niño no es nada en comparación con las graves complicaciones y consecuencias que pueden llegar a derivar de las enfermedades que las vacunas previenen.

Como ya expusimos anteriormente, no solo se administrarán a recién nacidos o niños, sino que también a personas adultas, ya sea para los refuerzos o por un determinado grupo de riesgo, como es el caso por ejemplo de la vacuna de la gripe, que es fundamental en determinados grupos. Esta es totalmente gratuita y se administra en todos los centros de salud, los meses en los que se suele poner son entre octubre y noviembre, ya que es más probable contraer la enfermedad en esa época. Está especialmente dirigida a personas que tienen un alto riesgo de complicaciones en caso de llegar a padecerla.

Como pueden ser las personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas, adultos y niños que padecen enfermedades crónicas u obesidad, personas que conviven con personas de alto riesgo, niños y adolescentes (de entre los 6 meses y los 18 años) que hayan recibido tratamiento con ácido acetilsalicílico durante un periodo largo de tiempo, personal de centro sanitario y social, así como personal en prácticas, trabajadores de servicios públicos esenciales como, policías, bomberos, ...

- Y este actualmente se da comienzo con la administración a bebés prematuros mayores de 6 meses y menores de 2 años.

Es demasiado transcendental en los niños respetar siempre el calendario obligatorio de la vacunación, ya que el no vacunarlos hace peligrar, como hemos explicado, no solo su salud sino también la de toda la población. Si dejáramos de vacunar a los niños, las enfermedades que ya están controladas y que ya tenemos casi olvidadas volverían otra vez a resurgir y aunque son muy pocas las que tendrían índices de mortalidad, sí que muchas conllevarían un peligro importante de padecer otras asociadas.

No se nos debe de olvidar que las vacunas son herramientas sanitarias que previenen enfermedades, y que establecen una de las medidas sanitarias que han originado más beneficio y que hoy en día siguen produciendo a las personas, nos previenen de enfermedades que antes nos podían causar grandes secuelas, epidemias e incluso la de llegar a la muerte. Con ellas hemos conseguido erradicar la viruela. El sarampión ha dejado de ser una problemática y los casos de difteria

han desaparecido, la tosferina, tétanos, hepatitis B y meningitis meningocócicas ya están controladas.

Si una cosa debemos de tener muy clara es que las vacunas nos aportan muchos beneficios, han conseguido salvar millones de vidas a lo largo de los años, muy poca gente se acuerda ya de la viruela, la cual está erradicada hace muchos años, o la rubeola y el sarampión ya eliminados de muchos países. Es importante protegerlos y la protección de las personas que nos rodean, ya que estar en contacto con mucha gente vacunada hace que las pocas personas que no lo están se sientan también protegidas, a esto se le conoce como la inmunidad comunitaria.

En la actualidad existen muchos padres que son reacios a vacunar a sus hijos, pero lo que no saben es que los riesgos de vacunarse siempre serán con diferencia inferior a sus beneficios, con la vacuna ganamos protección y nos ahorramos de la enfermedad. Un evidente ejemplo fue el miedo a la vacuna triple vírica que comenzó por un artículo en una prestigiosa revista, esta llegó a sugerir una relación causa-efecto entre la vacuna y ciertos casos de autismo.

Años después se notificó como un fraude.

No se debe poner en duda a los expertos y su profesionalidad, todo lleva un gran proceso detrás y desde luego solo se administra la vacuna una vez que está haya pasado unos largos y cuidadosos análisis realizados por científicos, médicos y profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Un niño vacunado es un niño sano, fuerte y con muchas ganas de aprender (UNICEF). Tras las vacunas, en algunos casos pueden aparecer reacciones adversas como un pequeño eritema, un leve dolor en el área de la inyección, dolores musculares o incluso décimas de fiebre. Muy pocas veces se han presentado reacciones alérgicas de gravedad a alguno de sus componentes. La fiebre puede llegar en diversos momentos, según sea la vacuna administrada.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día somos conocedores de que ningún tipo de avance en medicina ha logrado salvar tantas vidas como lo hacen las vacunas, aunque hoy en día muchas son las personas todavía reacias para vacunar a sus hijos, ya sea por falsas creencias o por otro tipo de causas, el hecho es que, por la irresponsabilidad de estas personas, las enfermedades que ya creíamos erradicadas han vuelto otra vez a ser un problema en la sociedad. Es el caso del sarampión o la poliomielitis, son enfermedades muy poco frecuentes o ya casi inexistentes que están presentes en otras partes del mundo, pero, que nos seguimos vacunando porque no es difícil llegar a entrar en contacto con ellas, ya sea viajando al extranjero o cuando personas

que no han sido vacunadas vienen a nuestro país.

En el caso del sarampión hace unos años era casi una enfermedad erradicada, porque la cobertura vacunal es del 95 % estando a expensas el otro 5% expuesto de la protección que les brindan los vacunados, se hizo un seguimiento de esta enfermedad y se obtuvieron datos realmente alarmantes, vemos como en el 2004 se registraron 29 casos de sarampión, en el 2005 fueron 20 los casos. Pero ya en el año 2008 dio comienzo la moda o tendencia a la no vacunación y nos encontramos con 300 casos registrados, llegando en 2011 a más de 1300 casos, un dato a la par que alarmante muy preocupante.

Solo podemos suspender una vacuna contra un tipo de enfermedad, como es el caso de la viruela, si esta se ha eliminado por completo en todo el mundo.

Las vacunas más importantes para los niños son: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, meningococo C, neumococo, sarampión, la bacteria *Haemophilus influenza* tipo B, rubeola, paperas y el virus del papiloma humano (solo niñas).

Serían administradas a lo largo de su vida, aunque la gran mayoría serían en los primeros años de vida. Entre otras vacunas tenemos las no financiadas por el sistema nacional de salud (SNS), pero sí recomendables, que serían el rotavirus, el meningococo B en lactantes y tosferina en adolescentes. La tetravalente anti-meningocócica se considera de recomendación individual en ciertas circunstancias.

6 Bibliografía

1. Medline[Internet].España:02 de Diciembre 2019.Informacion general sobre vacunas. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>.
2. Riojasalud. Internet: Gobierno de la Rioja ,03 de Diciembre 2019.Servicio Riojano de salud,la importancia de las vacunas. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>
3. OMS. Vacunas y enfermedades prevenibles mediante vacunación. En: Dr Gilles Pomeroy and Dr Annelies WilderSmith. Viajes internacionales y salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad 2012.Madrid: Sanidad; 2012. PAG 111-188.
4. Asociación de enfermería comunitaria [internet].Valencia: Francisco Javier Pastor Gallardo; 2019. proyectoavatar. Disponible en: <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org>
5. Kidshealth[Internet].DrNeil Izenberg;;1995[marzo 2019]. KidsHealth.org. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/fact-myth-immunizationsesp.html>

Capítulo 18

MANEJO POR ENFERMERÍA DEL DELIRIO EN UN PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

1 Introducción

El delirio es definido como una alteración aguda de la atención y el conocimiento basales, además de una percepción del entorno reducida. Se suelen asociar cambios cognitivos como por ejemplo déficit de memoria, lenguaje, desorientación, alteración de la habilidad viso-espacial o la percepción. Todo ello sin presentar una patología del sistema nervioso central previa.

Se desarrolla en periodos cortos de tiempo y su severidad tiende a fluctuar a lo largo del día.

Tiene un origen orgánico y es consecuencia de una patología de la que existen evidencias clínicas o analíticas, pudiendo ser una enfermedad médica, una intoxicación por drogas-tóxicos o un síndrome de abstinencia.

Es una complicación frecuente que aparece en las unidades de cuidados intensivos, pero que es infravalorada e infra diagnosticada.

Normalmente, se asocia el delirio a alucinaciones, sin embargo, estas se describen en menos del 40% de los casos. La alteración de la atención es uno de los criterios para el diagnóstico, pero se presenta más frecuentemente como una incapacidad para mantenerla, con distracciones por mínimos estímulos. Es frecuente también la alteración del ritmo del sueño, con empeoramiento de la severidad del delirio por la noche y mayor somnolencia por el día. Es común la desorientación en tiempo y espacio, así como un pensamiento desorganizado, déficit de memoria y alteraciones emocionales (ansiedad, tristeza, irritación).

Según las alteraciones psicomotoras se describen 3 tipos de delirio:

- HIPERACTIVO: Considerado como el prototipo, sus características son: inquietud, irritabilidad, lenguaje desordenado, agresividad, agitación. Suele ser más frecuente en cuadros de abstinencia del alcohol. Tiene el mejor pronóstico.
- HIPOACTIVO: Es el más frecuente, pero más difícil de diagnosticar; se caracteriza por retraimiento, falta de interacción, aplanamiento afectivo, apatía. Considerado de peor pronóstico.
- MIXTO: Alterna ambos cuadros anteriores.

2 Objetivos

- Dar a conocer e indicar las maneras de manejar el delirio en pacientes en la UCI (unidad de cuidados intensivos).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Scielo y Cochrane seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han revisado protocolos implantados en una unidad de cuidados intensivos y se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente.

4 Resultados

El delirio se considera una experiencia angustiosa no sólo para el paciente, sino también para la familia y los profesionales que están a su alrededor.

Se recomienda en primer lugar abordar el delirio de manera no farmacológica, como por ejemplo disminuir en la medida de lo posible el tiempo de ingreso en una unidad de cuidados intensivos, favorecer que haya luz ambiental en la habitación donde esté ingresado el paciente, si el paciente utiliza gafas o audífonos, proporcionárselos, no interrumpir su sueño nocturno, llamarle por su nombre... si estas medidas no funcionasen habría que iniciar un tratamiento farmacológico.

Las medidas no farmacológicas se consideran un elemento fundamental tanto para la prevención como para el manejo del delirio y deben ser aplicadas a todos los pacientes en las unidades de cuidados intensivos.

Una parte de la prevención consiste también en seguir un protocolo de manejo de analgesia, sedación y delirio, con monitorización y objetivos, evitando la sedación excesiva del paciente y conseguir un buen control del dolor.

Se evitarán drogas que favorezcan el delirio, como por ejemplo las benzodiazepinas, en especial administradas en perfusión continua, y los anticolinérgicos.

Una vez diagnosticado el delirio, se reforzarán las medidas no farmacológicas, ya no como una prevención sino como un tratamiento.

Se utilizarán medidas farmacológicas sólo para manejo sintomático, en caso de:

- Presentar alucinaciones, síntomas psicóticos, se emplearía fármacos como: haloperidol, olanzapina, quetiapina, risperidona. No hay evidencia de que un tipo de antipsicótico sea superior a otro en el manejo del delirio en términos de efectividad o de efectos secundarios.
- En agitación-estrés se emplearán: alfa-2 agonistas (clonidina, dexmedetomidina).
- En delirium tremens: se debe administrar benzodiazepinas como primera opción y evitarlas en otro tipo de delirios.

5 Discusión-Conclusión

Se estima que más del 70% de los casos de delirio en las unidades de cuidados intensivos no son diagnosticados.

El pronóstico mejora tras un tratamiento precoz, así las últimas guías clínicas recomiendan para su detección precoz monitorizar el delirio cada 4 horas con la escala CAM-ICU (es la más específica) a todo paciente que tenga una puntuación de RASS mayor de -2 ya que la sospecha clínica de delirio no siempre es suficientemente específica.

Con un RASS de -3 en pocas ocasiones se puede aplicar, puesto que muchos se quedarán dormidos durante la prueba, y no es aplicable en RASS de -4 y -5.

La CAM-ICU está basada en los criterios diagnósticos de delirio de la DSM IV. Consta de 4 criterios, ordenados por prioridad, por lo que los realizaremos en orden.

Para que la prueba resulte positiva, tres de cuatro criterios deberán ser positivos, de ellos obligatoriamente los dos primeros deberán ser positivos.

En resumen, para una CAM-ICU positiva deberán ser positivos los criterios 1º, 2º y 3º o bien, 1º, 2º y 4º.

Los cuatro criterios son:

1. Cambio del estado mental del paciente
2. Inatención
3. Alteración del nivel de conciencia
4. Pensamiento desorganizado

6 Bibliografía

- John W. Devlin, PharmD, FCCM; Yoanna Skrobik, MD, FRCP(c), MSc, FCCM; Céline Gélinas, RN, PhD; Dale M. Needham, MD, PhD; Arjen J. C. Slooter, MD, PhD; Pratik P. Pandharipande, MD, MSCI, FCCM; Paula L. Watson, MD; Gerald L. Weinhouse, MD; Mark E. Nunnally, MD, FCCM; Bram Rochweg, MD, MSc; Michele C. Balas, RN, PhD, FCCM, FAAN; Mark van den Boogaard, RN, PhD; Karen J. Bosma, MD; Nathaniel E. Brummel, MD, MSCI; Gerald Chanques, MD, PhD; Linda Denehy, PT, PhD; Xavier Drouot, MD, PhD; Gilles L. Fraser, PharmD, MCCM; Jocelyn E. Harris, OT, PhD²⁷; Aaron M. Joffe, DO, FCCM²⁸; Michelle E. Kho, PT, PhD; John P. Kress, MD; Julie A. Lanphere, DO; Sharon McKinley, RN, PhD; Karin J. Neufeld, MD, MPH; Margaret A. Pisani, MD, MPH; Jean-Francois Payen, MD, PhD; Brenda T. Pun, RN, DNP; Kathleen A. Puntillo, RN, PhD, FCCM; Richard R. Riker, MD, FCCM; Bryce R. H. Robinson, MD, MS, FACS, FCCM; Yahya Shehabi, MD, PhD, FCICM; Paul M. Szumita, PharmD, FCCM; Chris Winkelman, RN, PhD, FCCM; John E. Centofanti, MD, MSc; Carrie Price, MLS; Sina Nikayin, MD; Cheryl J. Misak, PhD; Pamela D. Flood, MD; Ken Kiedrowski, MA; Waleed Alhazzani, MD, MSc. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med 2018; 46:1532–1548.
- Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Med Intensiva 2010;34(1):4–13.

- Quiroz T, Araya E y Fuentes P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. Rev. Chil. Neuropsiquiatría 2014; 52 (4).
- Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A et al. Outcome of Delirium in Critically ill patients: systematic review and meta-analysis. BMJ 2015; 350.
- Jackson P, Khan A. Delirium in Criticall ill patients. Crit Care Clin 2015; 31(3):589-

Capítulo 19

ENFERMERÍA EN EL CUIDADOS DE PACIENTES PARA QUE NO SE LE FORME TROMBOFLEBITIS

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

1 Introducción

La canalización del catéter por vía venosa es una de las técnicas más usadas en la actualidad por parte de los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario. Uno de cada tres pacientes tiene un catéter venoso periférico y una de las complicaciones habituales más presentes es la flebitis. La flebitis se puede definir como la inflamación local en la vena en el tramo o tramos que son conectados a través del catéter venoso, puede ser causado por diferentes motivos, como por ejemplo químicos (debido a la infusión de fármacos irritantes mediante el catéter) pueden ser mecánicos (debido a la zona donde se realiza la inyección y fijación del catéter venoso) y también pueden ser de origen infeccioso (provocados por la colonización de patógenos de la piel que se filtran al interior).

El personal de enfermería tiene un papel importante, parte de sus funciones son vigilar al paciente con un catéter periférico, identificar y tratar las posibles complicaciones, realizándolo con el objetivo de prevenir el desarrollo de flebitis y otras posibles complicaciones que puedan surgir como sepsis, endocarditis, tromboflebitis, trombosis venosa profunda. Esto tiene el objetivo de mejorar la calidad de la atención al paciente y reducir los costes sanitarios al disminuir el número de estancias hospitalarias.

2 Objetivos

Mostrar la importancia de la prevención de la aparición de flebitis en pacientes con catéteres venosos periféricos.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca de la prevención de la aparición de flebitis en pacientes con catéteres venosos periféricos, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes referentes al tema a tratar, como por ejemplo: páginas web, revistas y bases de datos como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Los distintos cuidados a tener en cuenta para reducir la incidencia de la flebitis son:

- Procedimientos asépticos personales: mantener una buena higiene de manos antes y después de la inserción y manipulación del catéter.

Para garantizar una técnica aséptica, es fundamental el uso de guantes limpios que no impidan la higiene de las manos. Limpieza y desinfección del lugar de inyección: el antiséptico es alcohol clorhexidina > 5%. Debe usarse antes de insertar el catéter y al cambiar el vendaje.

La piel debe estar previamente limpia, seca antes de su uso y no debe tocarse después de la aplicación. En cuanto a los cuidados del catéter, hay varios aspectos a considerar:

- Vendajes: los vendajes deben ser transparentes para monitorear el sitio de inserción, reforzados para estabilizar el catéter y cambiados semanalmente o cuando se ensucien.

Existen apósitos antibacterianos para heridas como Biopatch o Tegaderm que reducen el riesgo de colonización. Es necesaria una valoración y tratamiento del lugar de inyección con el objetivo de la detección de síntomas de flebitis.

- Manejo del equipo de infusión: se refiere al mantenimiento del equipo, ya sea continuo o intermitente, se debe mantener limpio y si se reemplaza la línea, se debe reemplazar todo el equipo. Al usar llaves de tres vías, los puntos de acceso no utilizados deben estar cubiertos. Para la administración continua, se recomienda cambiar el tubo a intervalos de más de 96 horas y menos de 7 días, a excepción de la administración de sangre, hemoderivados y soluciones lipídicas.

Se recomienda retirar los catéteres para adultos del canal periférico durante al menos 72 horas o en caso de mal funcionamiento. En niños con indicación clínica se debe retirar el catéter si no lo necesita, si presenta signos de flebitis o disfunción.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el cateterismo venoso periférico es la inserción de un catéter en una vena con fines terapéuticos o de diagnóstico. La principal complicación de esta técnica es la flebitis, definida como la inflamación de la vena en el tramo que pasa por el catéter.

Puede ser de origen químico, mecánico o infeccioso. El riesgo de aparición de la flebitis aumenta con la cantidad de días que el paciente usa el catéter. Los síntomas de la flebitis causan molestias, afectan la calidad de la atención al paciente, prolongan las estancias hospitalarias o provocan otras complicaciones.

El personal de enfermería debe prestar una adecuada observación de los catéteres periféricos utilizando instrumentos o escalas para evaluarlos, siendo importante orientar el autocuidado del paciente para evitar esta complicación.

6 Bibliografía

1. Módulo de formación de Flebitis-Zero. Flebitiszero.com. 2022, de <http://flebitiszero.com/app/Descargas/DocumentacionProyecto/Flebitis%20Zero.pdf>.
2. Flebitis asociada con accesos venosos periféricos en niños. Scielo 2015 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-9392201500200008.

Capítulo 20

PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR GOLPE DE CALOR Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

1 Introducción

En verano, una de la sintomatología más frecuente es el desvanecimiento por el aumento de temperatura. Es fácil reconocer los síntomas, pero aun así las personas no identifican que no es muy beneficioso no hidratarse o estar a pleno sol durante las horas punta.

Se habla de golpe de calor como que es un trastorno ocasionado por el exceso de calor en el cuerpo, generalmente como consecuencia de la exposición prolongada a altas temperaturas o del esfuerzo físico en altas temperaturas. Es un momento en el que esta persona debe ser trasladado a un servicio de urgencias para poder ayudarlo e hidratar a esa persona. En caso de no realizar las medidas

y tratamiento pertinente puede agravar la situación y afectará a corazón, riñones y cerebro, cuanto más tarde se traslade el paciente a un servicio de urgencias más grave puede estar.

La sintomatología de un golpe de calor pueden ser desorientación, desvanecimiento, disnea, convulsiones en casos graves, entre otros.

Son muchos los pacientes que acuden por sí mismos a servicio de urgencias para el rápido tratamiento que contra el golpe de calor, aunque existen más casos en los que el paciente es derivado a urgencias por otras personas que se encuentran al lado del paciente durante el golpe de calor.

2 Objetivos

- Describir que tipo de actuación puede realizar la enfermería en un servicio de urgencias a un paciente con un golpe de calor.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes. Palabras clave: sol, desvanecimientos cuidados, enfermería, calor.

4 Resultados

- Hemos querido incluir artículos, los cuales nos indican que tipo de cuidados de enfermería va a necesitar un paciente a la llegada de un servicio de urgencias, el cual ha sufrido un golpe de calor y se encuentra mal.
- En el momento de llegada del paciente se le trasladara a una camilla, enfermería canalizara una vía periférica hasta la llegada del facultativo. En este momento podrá realizar también extracción sanguínea y se evitará un nuevo pinchazo al paciente.
- Durante la exploración, la enfermera detectara una temperatura muy elevada, realizara una toma de constantes vitales, y monitorizara al paciente para comprobar como se encuentran sus signos vitales.

- Durante la estancia en urgencias y tras la valoración de facultativo del paciente, se administrará la medicación correspondiente como analgésicos y por supuesto se administrará hidratación mediante sueros, salvo que el facultativo nos indique que el paciente presenta alguna patología cardíaca o renal.
- La enfermera colocará en casos graves un sondaje vesical para el control de los líquidos y diuresis del paciente. Para ello preparará todo el material correcto y se empleará una técnica estéril con el riesgo de evitar infecciones no deseadas en todo momento.
- Se realizará pruebas diagnósticas al paciente para descartar otras patologías, también en estas pruebas se pueden detectar algún tipo de fractura en caso de que el paciente haya sufrido un desvanecimiento a causa del golpe de calor.
- Todo lo que sea valorado por enfermería será registrado en el programa informático con la idea de que se llegue a un diagnóstico final correcto.
- En el momento que el paciente tenga repuestos líquidos empezará a recuperarse, se quedará unas horas en urgencias y posteriormente salvo casos graves podrá ir a su domicilio.

5 Discusión-Conclusión

El golpe de calor parece un síntoma o signo no importante, pero si no se realiza un tratamiento rápidamente será perjudicial para el paciente e incluso complicaciones, cardíacas, renales y de cerebro.

En el momento de llegada del paciente, como se ha podido observar, enfermería es autónoma para poder ir realizando pruebas diagnósticas para rápidamente tras ser atendido por el facultativo puedan administrar los analgésicos, o fármacos correspondientes.

Según nuestra lectura en verano es cuando más pacientes con golpe de calor acude a urgencias, de forma que es muy importante que en el momento de llegada de este paciente según los síntomas sea diagnosticado precozmente.

6 Bibliografía

- Búrdalo A. Enfermería y golpe de calor [Internet]. Fuden. 2019.
- 00007 hipotermia [Internet]. Notas de Enfermería. Axel Hernández; 2022.
- Filep EM, Murata Y, Endres BD, Kim G, Stearns RL, Casa DJ. Exertional Heat Stroke, Modality Cooling Rate, and Survival Outcomes: A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 202

Capítulo 21

PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un fenómeno clínico caracterizado por somnolencia diurna, ronquidos nocturnos y tendencia al sobrepeso. Existen miles de pacientes en la actualidad diagnosticados con el síndrome de SAOS. Actualmente, se sabe que la obstrucción de las vías respiratorias juega un papel clave en el desarrollo de esta enfermedad.

Con lo cual es importante identificar precozmente la patología y poner cuidados inmediatamente.

El SAOS es un problema de salud importante que es mucho más común de lo que generalmente se cree. Descrito por primera vez en 1965, este trastorno se caracteriza por pausas frecuentes en la respiración (apnea) causadas por el sueño.

Existen una serie de síntomas y signos que los familiares pueden identificar al observar al paciente y que en la primera consulta comentan que son: Ronquidos, en los que se nota pausas de apnea, los movimientos corporales excesivos, el paciente busca la posición inconscientemente durante el sueño para favorecer la respiración y correcta saturación. En muchas ocasiones también aparece los cambios de personalidad, el paciente se despierta cansado sin haber descansado, con lo cual está enfadado, alterado e incluso agresivo verbalmente, y otro factor que puede aparecer es la somniloquia (hablar dormido).

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de intervenciones y cuidados básicos puede ofrecer o administrar enfermería a un paciente con síndrome de SAOS.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.

Palabras clave: enfermedad, cuidados, enfermería, Obstructivo.

4 Resultados

En muchos artículos nos indican que el papel de la enfermería en muchos de estos pacientes no está muy definido. Para ello es importante aumentar los conocimientos sobre esta patología para poder ayudar a este paciente y sus familiares. Para ello entrevistará a ambos para conocer los síntomas que ven cada uno de ellos. El paciente notará disnea, cefaleas matutinas (no descansa ni oxigena correctamente), sequedad de boca (ya que tiende a dejar abierta la boca para intentar respirar durante el sueño) etc.

Para ello, la enfermería utilizará escalas validadas, en las que realizará una entrevista e identificación de sintomatología y complicaciones en el paciente con SAOS.

Ante todo, deberá ser imperativo que el sujeto sea debidamente evaluado y determinado si es susceptible al SAOS.

Una de las funciones del profesional de enfermería es la documentación y seguimiento de pacientes con patologías (HTA, deterioro cognitivo, riesgo cardiovascular, etc.) que disponen de cuestionarios y escalas validados que representan el estado de salud del paciente.

La escala de somnolencia de Epworth 5 es un método subjetivo para medir la ESD y consiste en un cuestionario que consta de una serie de condiciones que evalúan la propensión a conciliar el sueño. Las respuestas se puntuaron de 0 a 3, siendo 0 cero somnolencia y 3 somnolencia máxima. El resultado de la prueba es la suma de los valores de cada una de las ocho preguntas, dando una puntuación posible que va de 0 a 24. Una puntuación total inferior a 12 se considera normal y una puntuación total superior a 12 se considera patológica.

5 Discusión-Conclusión

En el paciente con SAOS o síndrome de apnea obstructiva, el papel de enfermería es fundamental, ya que son muchos los síntomas o signos que nos indicara el propio paciente o sus familiares que observan durante el sueño.

El papel de enfermería se centrará en un primer momento en conocer la patología y formación adecuada. También es la entrevista individual con el paciente y con sus familiares los que nos aportaran datos adecuados a esta posible patología. El empleo de escalas validadas para poder interpretar los datos e indicar si realmente existe la posibilidad de que este paciente presente SAOS.

6 Bibliografía

- Ye J. Emerging role of adipose tissue hypoxia in obesity and insulin resistance. *Int J Obes (Lond)* 2009; 33:54-66.
- Antic NA, Buchan C, Esterman A, et al. A randomized controlled trial of nurseled care for symptomatic moderate-severe obstructive sleep apnoea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 179:501-508.
- Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Evaluación del síndrome de apneahipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) mediante instrumentos de medición como escalas y fórmulas matemáticas. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2017;65(1Sup):57-90.

Capítulo 22

HIGIENE, ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN: CONCEPTOS BÁSICOS DE TODA CIRUGÍA

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales suponen un gran problema para la salud pública a nivel mundial, entre las más frecuentes encontramos las infecciones de origen quirúrgico, por lo que es necesario establecer normas de asepsia y antisepsia para controlar este tipo de infecciones y poder prevenirlas (1).

Dentro de la cirugía, existen elementos básicos que precisan de definición para poder comprender la necesidad de una buena higiene durante la cirugía, ya que esta representa al conjunto de medidas que tienen el objetivo común de conservar la salud y prevenir enfermedades (1).

Además de la higiene, la asepsia, identifica a la ausencia de microorganismos patógenos, lo cual significa que hay ausencia de infección, elemento vital dentro

del área quirúrgica y que es preciso extremar con todas las medidas necesarias (1).

Para mantener una asepsia adecuada hay que realizar las técnicas quirúrgicas oportunas, utilizar una indumentaria adaptada a la situación, mantener una correcta desinsectación y desratización, ventilar y tener al personal formado adecuadamente en el área quirúrgica (1).

Además, hay que eliminar o inhibir la proliferación de gérmenes patógenos en el medio, de forma que se pueda evitar la infección, esto se consigue mediante métodos como el lavado de manos, la quimioprofilaxis, limpieza y desinfección del campo quirúrgico, los suelos y superficies, así como esterilizando el material empleado, a esto se le conoce como antisepsia (1).

Es de vital importancia comprender todos los conceptos básicos para poder realizar cualquier cirugía de forma adecuada, ya sea una cirugía mayor o cirugía menor ambulatoria.

2 Objetivos

- Desarrollar los conceptos básicos necesarios para poder llevar a cabo una cirugía en condiciones adecuadas de higiene y asepsia.
- Definir los indicadores para controlar la esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los elementos más importantes a tener en cuenta a la hora de realizar una cirugía son la limpieza, la desinfección y la esterilización (1):

- La limpieza se refiere al procedimiento por el cual se elimina físicamente la carga microbiana que presentan las superficies ambientales, por tanto, consiste en la

eliminación de polvo, manchas y detritus que son visibles, para ello se utiliza el detergente.

-La desinfección consiste en eliminar la mayor parte de patógenos y microorganismos, pero se exceptúan las esporas que se puedan encontrar en los objetos inanimados, por tanto, este procedimiento se encuentra entre la limpieza física y la esterilización.

Para realizar una adecuada desinfección existen diferentes procedimientos, los cuales pueden ser físicos, como el calor húmedo o la pasteurización, o químicos, para lo cual se utilizan elementos como el ácido peracético o la clorhexidina.

Además, la desinfección puede ser de alto nivel, donde se eliminan todos los microorganismos, menos algunas esporas, de nivel intermedio, donde quedan muchas esporas bacterianas, y bajo nivel, donde quedan más microorganismos presentes.

-La esterilización es el proceso final, el cual destruye todo microorganismo, se encuentre en forma vegetativa o spora. Mediante este método se obtiene como resultado la ausencia de todo germen vivo, consiguiendo material estéril.

Es importante centrarse en la esterilización, pues es el objetivo final para la adecuada preparación del material quirúrgico, de este modo, merecen importante mención los controles de esterilización (2), los cuales son métodos que se utilizan para asegurar que el material tratado ha sido esterilizado de forma correcta.

Los tipos de indicadores para controlar la esterilización son (2):

-Controles físicos o mecánicos: Estos consisten en gráficas de presión o temperatura y los manómetros de presión, los cuales aseguran el correcto funcionamiento del esterilizador y, por tanto, que las condiciones internas de la cámara alcancen los parámetros necesarios para llevarse a cabo el proceso de la esterilización.

-Controles químicos: Este tipo de controles consisten en dispositivos que presentan sensibilidad a los parámetros que garantizan una correcta esterilización, de este modo se confirma el cumplimiento de estas condiciones y por tanto de la esterilización del producto.

Normalmente, se encuentran en forma de tiras de papel impreso de tintas y reactivos especiales, los cuales cambian de color cuando alcanzan las condiciones que pretenden controlar, para ello estos materiales son colocados dentro de los paquetes y las cajas, informando de forma inmediata de los resultados que se han obtenido tras el ciclo de esterilización.

Este tipo de controles, aunque muy fiables, no constituyen prueba de esterilidad por sí mismos, pero sirven para complementar los controles biológicos y otros elementos necesarios, aunque es importante destacar que es el método de control

más recomendado.

-Controles biológicos: Este tipo de dispositivos se encuentran inoculados con esporas de microorganismos que son muy resistentes a los agentes de esterilización.

Estos indicadores se procesan durante la esterilización junto al resto de material que se quiere esterilizar, por tanto, una vez que ha concluido el proceso de esterilización, los indicadores se inoculan en medios de cultivo y se incuban durante un tiempo para valorar los resultados, registrando adecuadamente los mismos para tener una correcta trazabilidad.

En este caso, los microorganismos más utilizados son el *Bacillus stearothermophilus* y el *Bacillus subtilis*, dependiendo de los métodos empleados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y como se ha mencionado durante la revisión, es muy importante conocer los conceptos básicos de higiene antes y durante la cirugía, de este modo se podrá realizar una limpieza y esterilización adecuadas del material a utilizar. También requiere especial atención la posterior comprobación de que este proceso ha sido realizado siguiendo todos los estándares de seguridad necesarios, puesto que generalmente no es la misma persona la que realiza el proceso de esterilización y quien finalmente utiliza este material en el procedimiento quirúrgico.

Por tanto, cobran gran importancia los controles o indicadores de esterilización, asimismo, ante cualquier inspección, estos indicadores serán la referencia a seguir para garantizar que el material empaquetado se encuentra en condiciones de esterilidad.

6 Bibliografía

1. Arencibia Sánchez C P, Ballesteros Ramirez R, Morales Correa S, Ruano Ferrer F, Del pino Santana López J. Instrumentación quirúrgica en enfermería. Técnicas y procedimientos. 1ª edición. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2018.
2. Criado Álvarez, JJ. Controles o indicadores químicos del proceso de esterilización. Blog El Autoclave; Talavera de la Reina (Toledo); 2018.

Capítulo 23

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ACTIVIDAD FÍSICA Y ENFERMERÍA

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

En el mundo occidental, los principales motivos que causan la morbilidad son las enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo que propician la aparición de estos problemas pueden ser desde tensión arterial elevada, tabaquismo, colesterol elevado y la poca o escasa realización de ejercicio físico. Existen diversas investigaciones en las que el principal objetivo es mostrar los beneficios obtenidos en el organismo a través de la realización de la actividad física.

En los últimos años, se han llevado a cabo multitud de evaluaciones donde realizar una cuantificación del riesgo que presenta una persona sedentaria de padecer una enfermedad cardiovascular. Muchos de estos instrumentos validados de

forma internacional resultan fáciles de aplicar y accesibles a través de internet. A pesar de esto, no se pueden usar de una forma extensa debido al desconocimiento de su existencia.

Por tanto, la conexión entre mantener una buena salud que incorpore factores biológicos, psicológicos y sociales y obtener una óptima calidad de vida es de responsabilidad individual para llevar un buena rutina de ejercicio, pero se vuelve responsabilidad comunitaria cuando la falta de actividad física conlleva problemas en la salud, ya que esto supone un coste tanto humano como económico para su prevención, manejo y rehabilitación de los problemas que puedan conllevar las enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

-Exponer una comparación de resultados entre personas que realizan ejercicio físico y las que no para ver quiénes son más propensos a desarrollar enfermedades cardiovasculares.

3 Metodología

En este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos acerca de la relación entre actividad física y enfermedades coronarias, tanto en España como en diferentes contextos internacionales, por lo que la búsqueda también se hizo en inglés. La búsqueda se llevó a cabo en las principales bases de datos como Sciencedirect, Pubmed, Scielo y Cuiden.

4 Resultados

Existen varios cuestionarios que evalúan la actividad física, pero el más utilizado para la población de edades comprendidas entre los 15 y los 65 años es el IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física), aunque uno de los puntos negativos de este cuestionario es que no es tan exacto para la población más joven.

Este Cuestionario Internacional de Actividad Física es el utilizado por la Organización Mundial de la Salud y está formado por representantes de 25 países. Tiene como principal objetivo la creación de herramientas que sean útiles para todas las clases socioculturales y todo tipo de poblaciones de países diferentes para

poder estimar de la mejor manera el tipo de prácticas de actividades físicas que se llevan a cabo.

La primera prueba se realizó entre los años 1998 y 1999, aunque antes de esto hubo varias versiones preliminares que constaban de un cuestionario basado en cuatro versiones distintas desarrolladas tanto en una forma larga como en una forma corta. A partir de aquí, en el año 2000 y teniendo ya un cuestionario fiable, se llevó a cabo un estudio en 14 centros de 12 países distintos basando el cuestionario en la actividad física que se efectuó en los últimos 7 días de la semana y utilizando 4 instrumentos para valorarla que son:

- La actividad física en el tiempo de ocio.
- Las actividades consideradas domésticas y de jardinería.
- La actividad física relativa al trabajo.
- La actividad física que tiene relación con el transporte.

En Estados Unidos se llevó a cabo un estudio donde los participantes eran todos del sexo masculino y de la misma edad. Se dividieron en dos grupos, por un lado, estaban los que realizaban actividad física de manera frecuente (andaban o realizaban natación) y, por otro lado, estaba el grupo de los que no realizaban ningún ejercicio.

A los dos grupos se les realizaron pruebas de esfuerzo y analíticas para ver los factores lipídicos. Los resultados obtenidos fueron significativamente diferentes. En el primer grupo (los que practican deporte) las conclusiones fueron que todos estaban dotados de un alto nivel físico, con una baja probabilidad de sufrir problemas coronarios, en cambio, el segundo grupo (más sedentarios) tienen un 50% de riesgo de aparición de enfermedades cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

La actividad física es una parte esencial del ser humano, ya que es lo que nos permite mantenernos con un mínimo estrés, y mejora tanto nuestra propia imagen corporal como nuestra salud mental y nos permite disfrutar de una vida con pleno bienestar.

A la hora de realizar cambios en el estilo de vida hay que hacer un análisis previo de cada individuo ya que habrá que estudiar antes su estado fisiológico. Como bien se ha expuesto anteriormente, las personas que mantienen un estilo de vida activo tienen un 50% menos de riesgo de poder desarrollar una enfermedad coro-

naria que las personas que son sedentarias. De los estudios más recientes se obtiene que mientras se produzcan cambios y se añada una dieta rica en antioxidantes, se disminuya el consumo de alcohol y tabaco y se realice sobre todo ejercicios aeróbicos, las cifras de concentración de colesterol van a disminuir. Esta será la única manera de mantener las enfermedades cardiovasculares alejadas en el tiempo.

6 Bibliografía

-Morris, JN. Efecto del Ejercicio en la prevención de enfermedad coronaria. Med.Sci. Sport. Exerc. 2021; 26:807-814.

Capítulo 24

ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA SEDACIÓN DEL PACIENTE

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio de mucha complejidad, ya que los pacientes que en ella se encuentran, presentan diferentes patologías y de consideraciones severas y diversas, requiriéndose por ello de una atención y unos cuidados muy singulares y específicos, así como de la necesidad de integrar un equipo humano y técnico a la altura de las circunstancias que en esta unidad se dan, ya que los pacientes que allí se encuentran están en condiciones muy críticas de salud debido a un trauma, por un postoperatorio o por la agudización de su enfermedad.

La mayoría de los pacientes están sedados y/o analgésicos debido a que de esta forma se ayuda a reducir el dolor, aportando cierta comodidad, y una mejor adaptación a las medidas terapéuticas que se proporcionan en estas unidades.

Aunque hay que tener en cuenta que una dosis de analgesia y anestesia tanto por debajo como por encima de un cierto límite, son perjudiciales, ya que pueden tener efectos indeseables en el paciente, veamos cómo afecta:

- Bajas dosis: el paciente no estará totalmente cómodo, sentirá molestia e intranquilidad, con cuadros de alucinaciones o delirios, llegándose a quitar los cables o elementos conectados.
- Excesiva dosis: el paciente tardará más en eliminar los fármacos pautados, presentando menos colaboración lo que implica mayor estancia en esta unidad o en planta.

El papel de Enfermería tendrá mucha relevancia, ya que se encargará de controlar al paciente, ofrecerle los cuidados adecuados y necesarios, vigilar su sistema nervioso, la función cardiovascular, el balance de líquidos, su nutrición e hidratación, administrar medicamentos, así como de realizar curas, colaboración en la realización de pruebas diagnósticas, etc.

2 Objetivos

- Desarrollar el papel de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos y su adecuada formación para el cuidado de este tipo de pacientes.
- Describir el manejo de la sedación por parte de Enfermería en las unidades de cuidados intensivos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En esta unidad existe una diferenciación en cuanto a las patologías de los pacientes:

- Pacientes quirúrgicos: ya programados o de urgencia.
- Unidad coronaria: pacientes con cardiopatías agudas, crónicas o graves.

- Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) polivalente o General: atienden toda patología crítica excepto la pediátrica.

Es una unidad que ofrece asistencia sanitaria en un lugar específico dentro del hospital, cumpliendo con unos requisitos estructurales y organizativos, con el objetivo de garantizar unas condiciones extremas de seguridad y calidad en la atención a unos pacientes que presentan gravedad y que necesitan estar en continua supervisión. Está equipada con complejos aparatos y dispositivos de monitoreo, entre los cuales se incluyen los siguientes: bombas intravenosas, respiradores o ventiladores mecánicos, sondas pleurales, monitores de presión arterial, tubos endotraqueales, monitores cardiorrespiratorios, y oxímetros.

Las funciones de Enfermería en esta unidad serán:

- Lo primero será realizar un estudio neurológico: preguntando para ver su estado de conciencia, además los pacientes suelen estar intubados y con el índice biespectral puesto, el cual se necesita para observar el nivel de hipnosis de los pacientes que se encuentran bajo sedación o anestesia.
- Velar por las movilizaciones, así como la adecuada higiene, los cambios posturales, y la correcta hidratación para evitar la aparición de úlceras por presión.
- Valoración respiratoria: en la UCI hay diferentes tipos de ventilaciones mecánicas invasivas: ventilación mandataria intermitente, mandataria intermitente sincronizada, ventilación mecánica controlada y ventilación asistida controlada. También se cuenta con dos tipos de ventiladores mecánicos: Volumétricos y manométricos, siempre apuntando los valores que arrojen estos dispositivos según la frecuencia pautada.
- Si los pacientes están intubados, todos los días se debe realizar los cuidados del tubo orotraqueal.
- Valorar las constantes vitales: se suelen apuntar cada hora, se controlan las 24 horas del día, y en caso de estar alteradas se avisará al médico, midiéndose: la frecuencia respiratoria, orina, la tensión arterial, glucemias, temperaturas, en caso de llevar soporte de ventilación, se apuntarán los parámetros del ventilador, residuos gástricos, agua que toma el paciente.
- Digestivo: enfermería es la encargada de poner la sonda nasogástrica controlar las bombas si el paciente las necesitara y la cantidad de residuos gástricos.
- Evaluación Renal: debe anotarse la cantidad de orina del paciente, y si llevara sonda vesical enfermería se encarga de ponerla controlarla cada dos horas.
- Comprobar las vías y catéteres: los pacientes aparte de llevar una vía periférica, suelen estar conectados a presión arterial invasiva, que consiste en un catéter situado en la arteria radial. Enfermería realizará la extracción sanguínea todos los días en caso de ser necesario a través de vía periférica o del catéter arterial.

- Tratamiento farmacológico: Enfermería se encarga de administrar la medicación que ha sido definida por el facultativo

Cuando a un paciente se le vaya a aplicar la sedación o anestesia, será la enfermera o enfermero el encargado de colocar si llevará el índice biespectral, de manera que para las diferentes valoraciones, se utilizará diferentes escalas, veámoslas:

- ESCID, Escala de conductas indicadoras de dolor, el cual mide el comportamiento y el dolor en pacientes críticos con ventilación mecánica. Presenta 5 ítems haciendo referencia a la: tranquilidad, musculatura facial, si está bien adaptado a la ventilación mecánica, tono muscular y la confortabilidad. La puntuación estará entre 0 a 2, reflejando el 0 que está relajado en los 5 ítems y el 2 que está un poco agitado.

- RASS que mide el grado de agitación y sedación de los pacientes, dando una puntuación entre -5 y +4, significando la primera que no se obtiene respuesta ninguna y +4 que se encuentra violento.

5 Discusión-Conclusión

En estas unidades hay un equipo, los médicos de cuidados intensivos, otros médicos especialistas de interconsultas, y el equipo de enfermería el cual es el encargado de detectar cualquier complicación que pueda surgir, llevar a cabo la atención al paciente, las intervenciones asistenciales y la correcta coordinación con el resto de compañeros de trabajo, lo cual repercute en que el paciente se encuentre en todo momento acompañado y atendido. Por lo que ante la gravedad de los pacientes que en ella se encuentran, debe existir una resolución rápida y eficaz ante cualquier imprevisto o cambio de la evolución mejorable del paciente, de ahí la importancia y profesionalidad de todos los integrantes de esta unidad.

El tema de la sedación o anestesia es muy importante a considerar, ya que estos pacientes se encuentran en estas unidades con mucho dolor o molestias, haciéndose necesaria su aplicación, es por ello que hay que valorar que dosis se aplican, debido a que tanto unas dosis bajas o demasiado altas, tendrá unas consecuencias u otras.

6 Bibliografía

1. <https://mscbs.gob.es/organización/sns/plan/CalidadSNS/docs/UCI.pdf>.
2. <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeria-en-las-unidades-de-cuidados-intensivos>

3. <https://www.medline.eu/es/soluciones/cuidados-intensivos>.
4. Formación Logoss.

Capítulo 25

ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

1 Introducción

El cuidado en la profesión enfermera es algo esencial y diario, que va desde el nacimiento hasta el final de la vida. En ámbito de los cuidados paliativos adquiere aún más importancia, tanto con el paciente como con los familiares y/o cuidadores principales.

Se definen los cuidados paliativos para aquel tratamiento cuya finalidad prioriza aliviar y prevenir los síntomas asociados a la enfermedad terminal que padece el paciente, abordándolo de una forma holística.

La esencia de los cuidados paliativos se basa en conservar la mejor calidad de vida hasta el final de la misma, ni adelantarla, ni atrasarla. Para ello debemos de analizar si los cuidados que ejercemos son de una calidad adecuada para conseguir el confort de nuestros pacientes con enfermedad terminal.

Para evaluar la calidad de los cuidados Mularski et al. Definió nueve parámetros:

- 1) Manejo de los síntomas
- 2) Tratamiento holístico del paciente y su calidad de vida
- 3) Aspectos funcionales
- 4) Satisfacción
- 5) Relaciones interpersonales, carga familiar y bienestar
- 6) Toma de decisiones
- 7) Planificación, evaluación y continuidad de los cuidados
- 8) Correcta comunicación
- 9) Confort de la muerte y experiencia y calidad al final de la vida

Dentro de estos nueve se destacan los más importantes como son el sentimiento de confort y bienestar, correcta comunicación con el profesional y familia.

Es difícil definir unos cuidados de calidad en los pacientes y saber cómo medirlos, ya que según el profesional que los ejecute serán más o menos adecuados. A consecuencia es necesario identificar unas características mínimas de los cuidados de calidad, sin olvidar que será el paciente quien nos guíe en los cuidados más óptimos e individualizados.

2 Objetivos

-Explicar e indicar los cuidados de enfermería referidos al paciente en una situación terminal y como proceder a esos cuidados

3 Metodología

Para la realización de este trabajo de revisión bibliográfica se buscó información referida al tema en bases de datos como Google académico, Scielo, Pubmed, etc. Se restringieron los estudios en tiempo (últimos 10 años) e idioma (inglés y español). Las palabras clave utilizadas fueron "enfermería, cuidados paliativos y terminal".

4 Resultados

Los cuidados tradicionales de enfermería difieren cuando estamos hablando de pacientes terminales, destacando:

- La asistencia sanitaria debe enfocarse tanto en el paciente como en la familia. Es imprescindible incluirla para lograr un manejo adecuado de la situación, puesto

que en diversas ocasiones surge la evitación y negación del problema, originando posteriormente un duelo difícil por el afrontamiento ineficaz de la enfermedad terminal.

- El tipo de asistencia debe de constar de un equipo multidisciplinar que se comunique y trabaje en conjunto. Médicos, enfermeras, psicólogos/psiquiatras, trabajadores sociales y cuidadores. El cuidado nuevamente debe ir enfocado a paciente y familia, para disminuir preocupaciones y afecciones relacionadas con el proceso.
- Tratamiento farmacológico y psicológico enfocado principalmente a paliar los síntomas de dolor y estrés originados a causa de la enfermedad terminal, en beneficio siempre del paciente.
- Asegurar asistencia sanitaria en todo momento y lugar que sea posible, ya que muchos pacientes terminales deciden morir en su hogar, por encontrar en él mayor sentimiento de pertenencia y seguridad que en un hospital. En estas situaciones el hogar supone mantener una vida normal el mayor tiempo posible, un encuentro continuo con la familia y allegado. Para lograr este sentimiento de confort, hay equipos designados que irán a los domicilios de los pacientes a realizar los cuidados pertinentes.

En cuanto a las estrategias más comunes y eficaces identificadas para el confort de los pacientes en paliativos destacan el apoyo que reciben familia y paciente por parte del equipo multidisciplinar, la comunicación, el contacto físico y empatía, recibir cariño, educación sanitaria referida a su enfermedad y situación, musicoterapia, enfocarse en la parte espiritual, alivio de sintomatología y pasar tiempo en lugares naturales. Actividades banales como mostrar disponibilidad y afecto, incrementan significativamente la situación de confort del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones tras realizar nuestra investigación, resumimos los principales aspectos a tener en cuenta en relación con los cuidados al paciente en situación terminal:

- Se definen los cuidados paliativos para aquel tratamiento cuya finalidad prioriza aliviar y prevenir los síntomas asociados a la enfermedad terminal que padece el paciente, abordándolo de una forma holística.
- Para unos cuidados generales de calidad en los pacientes terminales debemos enfocarnos tanto en ellos como en su familia y/o cuidadores. Deben ser incluidos en todo momento.
- El trabajo debe ser multidisciplinar y abarcar una asistencia en todo momento y

lugar, pues muchos pacientes deciden seguir el cuidado paliativo en sus hogares por proporcionarles mayor seguridad y confort.

- El tratamiento farmacológico y psicológico se enfocará en paliar los síntomas de dolor y estrés originados por la enfermedad terminal.
- Entre las estrategias más comunes y eficaces para el confort del paciente se destaca: comunicación, contacto físico y alivio de sintomatología entre otras.

6 Bibliografía

1. Lozano López B, Huertas Pérez MM. Cuidados paliativos, cuidados compartidos. cuid [Internet]. 2017 [citado 1 de abril de 2023];(49). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/72935>
2. Zulueta Egea M, Prieto-Ursúa M, Bermejo Toro L. La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. cuid [Internet]. 2018 [citado 1 de abril de 2023];(52). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/85320>
3. Souza M, Jaramillo RG, Borges M da S. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. Enfermería Global. 1 de enero de 2021;20(1):420-

Capítulo 26

LA IMPORTANCIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DE ATENUAR EL DOLOR A TRAVÉS DEL JUEGO POR ENFERMERÍA

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

Nos encontramos cuando llegó la idea de efectuar este capítulo, que no existía tanta bibliografía como nosotros pensábamos, y nos sorprendió, ya que siendo un tema con demasiada relevancia en el entorno hospitalario infantil y en especial en el enfermo pediátrico oncológico no había apenas información relacionada con las técnicas que se pueden llevar a cabo para el alivio del dolor en los niños. Si es cierto que en los últimos años evidencia un acrecentamiento en la realización de estudios científicos sobre las terapias complementarias no farmacológicas, como alternativas posibles para sustituir las necesidades específicas de enfermos con transformaciones notables en sus ya tratamientos farmacológicos. La

instauración de estas nuevas terapias, así como la buena aceptación por los enfermos oncológicos es de gran importancia para poder compaginar los tratamientos farmacológicos con las terapias no farmacológicas en beneficio y ayuda de una terapéutica mucho más eficaz.

Para un mejor resultado y una mayor eficacia de estas terapias, tanto con fármacos como sin ellos, se debe promocionar y desarrollar una mejor preparación a la familia, al equipo multidisciplinar, además de fomentar los estudios e investigaciones de calidad sobre la eficacia de estos nuevos recursos terapéuticos bastante útiles en enfermos pediátricos con cáncer.

2 Objetivos

Demostrar que la presencia del juego en el entorno hospitalario es una necesidad muy positiva y analgésica para reducir la tensión y el dolor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la actualidad el cáncer es una de las primordiales causas de mortalidad en la población infantil de 1 a 14 años. Ya sea por la enfermedad directamente, por alguna tipología de tratamiento médico invasivo, o bien por alguno de los tratamientos, todos los enfermos oncológicos pediátricos, en el curso de la enfermedad, van a experimentar algún tipo de dolor, en mayor o menor intensidad. Un punto muy transcendental en el tratamiento oncológico es el manejo del dolor, ya sea por tratamientos farmacológicos, como con terapias no farmacológicas. Actualmente se está demostrando la gran eficacia de las desemejantes alternativas no farmacológicas, como complemento a los tratamientos con fármacos que son muy agresivos, que se suelen manejar en la oncología pediátrica.

La evaluación del dolor y su manejo, son funciones e intervenciones de un equipo multidisciplinar y debe hacerse en la medida de lo posible teniendo en consideración las características individuales del enfermo pediátrico.

Los tratamientos farmacológicos, muy agresivos, se están viendo reforzados con la utilización de diversas terapias alternativas no farmacológicas, que complementan a estos primeros, en beneficio de un mejor manejo de dolor y en una disminución de los efectos secundarios negativos como consecuencia de ellos.

El juego forma una parte muy importante de las actividades de la infancia. Es la primera ocupación del niño. Con el juego el niño va adquiriendo habilidades, desarrollo, etc., y es su modo habitual de expresión, además de ser un medio de comunicación.

Esta actividad se puede entender como un método de distracción. Un niño que juega es considerado como un niño sano, el caso contrario es que, si no lo hace, se le suele considerar enfermo.

Lo mismo pasa en los casos de niños con una patología oncológica. El juego es considerado como algo totalmente contrario a la enfermedad. Lo podemos concebir como una terapia alternativa que hace su parte en el tratamiento curativo. El juego tiene el ecuaníme de recrear, divertir, estimular, sociabilizar, etc., pero también cumplir una misión terapéutica como puede ser la de aliviar la intensidad del dolor, mitigar angustias, ansiedad, etc. El juego en el medio hospitalario está justificado que tiene un efecto terapéutico en los niños con patología oncológicas. Los efectos positivos y beneficiosos del juego sobre los fenómenos psicofisiológicos, en los niños hospitalizados, es una evidencia, descrita por varios autores en sus diferentes investigaciones. Una potente sinergia es la que se crea por la colaboración de la terapéutica médica y la lúdica. La finalidad de cada una de estas es la curación o al menos la mejoría y alivio del enfermo infantil. Se identifica a través de esta complementación terapéutica, el llamado como efecto de adherencia terapéutica.

La presencia del juego en las unidades hospitalarias infantiles se ve justificada en diferentes estudios, en el sentido de la mejoría de las variables de los signos vitales en pediatría, así como un gran restablecimiento y alivio en los tratamientos procedimentales, en los cuales se puede observar una disminución de la ansiedad, así como del estrés en los tratamientos como las punciones venosas, por ejemplo. Cuando hablamos del contexto hospitalario, nos reseñamos a un entorno por lo general hostil para el niño, donde el niño se siente solo, además de indefenso, separado muchas horas de sus padres o de sus amigos, donde desde el entorno hasta el tratamiento son un motivo de angustia y malestar.

5 Discusión-Conclusión

Nuestra conclusión y opinión es que no hay suficientes trabajos con un rigor metodológico, que puedan llegar a confirmar de forma científica, los beneficios de la terapia lúdica en el manejo y la disminución del dolor y otra sintomatología, en el enfermo oncológico pediátrico.

La mejoría en la disminución de la ansiedad y del estrés identificados en el enfermo pediátrico con cáncer, tras la aplicación de una terapia complementaria lúdica al tratamiento farmacológico de base, no es aún científicamente demostrable por la gran escasez de estudios al respecto.

La evidencia científica sí identifica a la participación de los padres o cuidadores, junto con el niño en la ludoterapia, como una influencia positiva en la disminución del miedo y de la angustia.

La importancia de la terapia lúdica asociada y como complemento del tratamiento farmacológico, parece ser cada vez más evidente en la mejoría de la calidad de vida de estos enfermos pediátricos, deseando que este artículo ayude a la inquietud de los demás profesionales y que ello contribuya a un incremento de trabajos científicos sobre este aspecto.

6 Bibliografía

1. Bórquez, P. y Romero, C. El enfermo oncológico geriátrico. Rev Chilena de Cirugía. Vol.59 – Nº 6, Diciembre 2007; págs.467-471.
2. Calvo Falcón, R y Torrens Morera, L.M. Tratamiento con opiodes en dolor crónica no oncológica: recomendaciones para una prescripción segura. Rev. Soc. Esp. Dolor 2017; 24(6): 313-323.
3. Castellón Rocha, Cecilia; Calatayud Jaimes, Fred y Auza, Ana María. Dolor oncológico y calidad de vida. Revista Científica Ciencia Médica, Vol. 10, Núm.1, Noviembre, 2207, pp 30-41.
4. Escobar Álvarez, Y.; Biete i Solá, A.; Camba Rodríguez, M.; Gálvez Mateos, R.; Mañas Rueda, A.; Rodríguez Sánchez, C.A.; Rodríguez Mesa, D. y Tuca i Rodríguez. Diagnóstico t tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso. Rev. Soc. Esp. Dolor 2014; 21(2): 97-105.
5. Fernández-Baena, M; García-Pérez, A.M.; Ramos, M.; lique, M.D.; Méndez, D. y Castilla, M. importancia del dolor pediátrico en las publicaciones científicas. Rev. Soc.Esp. Dolor 7: 279-284, 200.

Capítulo 27

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES ANCIANOS INTERVENIDOS CON CIRUGÍA DE ARTROPLASTIA

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

1 Introducción

La artrosis es una enfermedad degenerativa reumática que se determina por la degradación y destrucción del cartilago articular. Es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser la principal causa de dolor e incapacidad en la edad adulta a nivel mundial. Tiene mayor incidencia en los países occidentales.

La sintomatología principal de la artrosis de rodilla se caracteriza por la atrofia muscular y las modificaciones en la biomecánica articular, lo que conlleva al aumento del dolor incrementando la progresión de la enfermedad hasta a la incapacidad funcional física, dando lugar la invalidez.

Entre los tratamientos quirúrgicos de la artrosis de rodilla destaca la artroplastia. La artroplastia consiste en la técnica de implantación de una prótesis total o parcial, que suple los componentes articulares fisiológicos.

Se evidencia que es un procedimiento quirúrgico eficaz, disminuye la incapacidad funcional, reduciendo el nivel del dolor y limitación de la movilidad, mejora la calidad de vida, favorece la autoestima debido al aumento de la independencia para las actividades básicas de la vida diaria. La incidencia de la mayoría de intervenciones de artroplastia de rodilla se efectúa en el adulto mayor y/o anciano. Los cuidados de enfermería en los pacientes sometidos a cirugía de artroplastia son esenciales, ya que se produce un impacto en el estado de salud debido al déficit de su independencia durante su recuperación, por lo que se considera que es una cirugía agresiva. El abordaje de enfermería se llevará a cabo tanto en el preoperatorio, controlando la ansiedad, durante la intervención, mediante el control de la infección quirúrgica, y después de la intervención, haciendo hincapié en el dolor posquirúrgico.

2 Objetivos

- Dar una definición de artrosis, además también se hará mención a los distintos tipos de factores de riesgo de sufrir artrosis de rodilla.
- Diferenciar los distintos tipos de artrosis de rodilla y describir el papel de enfermería en el cuidado y tratamiento de los pacientes con artrosis de rodilla.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

La artrosis fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1995 como “un proceso degenerativo articular que se produce como consecuencia de trastornos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago articular”.

Existen distintos factores de riesgos, se dividen en generales, modificables o no y locales. Entre los factores generales no modificables se encuentra la edad, siendo más prevalente en el sexo femenino; la raza blanca y factores genéticos. Respecto

los factores generales modificables se describen la obesidad, enfermedades endocrinas y metabólicas, factores hormonales, debilidad muscular, elementos nutricionales (vitaminas C y D) entre otros.

En función de la causa se puede diferenciar entre artrosis primarias o idiopáticas y secundarias. La artrosis primaria o idiopática puede ser localizada o generalizada. La artrosis secundaria se clasifica en postraumática, enfermedades congénitas, displasias, trastornos metabólicos y endocrinos, afectaciones óseas y artropatía neuropática.

El diagnóstico de la artrosis es clínico, además la realización de pruebas diagnósticas como las radiografías de las articulaciones dañadas determinan cuando existen sospechas diagnósticas o se valora la alternativa de prótesis.

El papel de enfermería es fundamental, se basa en medidas farmacológicas, no farmacológicas e intervenciones invasivas, entre otras la artroplastia. Debe estar, orientado en el paciente, de manera individual, fomentando la participación activa y teniendo en cuenta las necesidades particulares.

La finalidad es frenar el avance de la enfermedad, control de síntomas aliviando el dolor, reducir la inflamación y mantener la capacidad funcional, además de minimizar los riesgos y efectos secundarios de las intervenciones e interacciones farmacológicas.

Las intervenciones no farmacológicas implican a equipos multidisciplinares, educación del paciente, ejercicios aeróbicos, cambios en el estilo de vida, pérdida de peso y diversas terapias físicas. Presentan pocos o ningún efecto adverso y, junto con el tratamiento farmacológico, disminuyen el dolor y aumentan la funcionalidad y la calidad de vida.

La artroplastia total de rodilla está indicada en pacientes en los que otro tipo de tratamientos han fracasado y continúan con dolor persistente y debilitante que les limita en sus actividades diarias.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, hemos hablado en este capítulo más concretamente en su apartado resultados de lo que es la artrosis, que tipos de factores de riesgo existen para padecer dicha dolencia, también hemos hablado de que tipos de artrosis existen en función de la causa que la produzca, posteriormente hemos hablado del papel o el rol que tiene el personal de enfermería mediante medidas farmacológicas, no farmacológicas y técnicas invasivas para que la enfermedad (artrosis) no avance controlando sus síntomas y aliviando el dolor e inflamación de los pacientes que la padezca, sobre todo en rodilla, tal como hemos descrito en el anterior apartado

de este capítulo.

6 Bibliografía

1. Bernard-Pineda M, De las Heras-Sotos J, Garcés-Puentes M.V. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2014; 58 (5); 283-289.
2. Moreno JA, Cátedra E, Plazas N, Sancho R, Manjón-Cabezas J, Mozo A. Comparación de resultados en función de la edad en pacientes ancianos con artroplastia total de rodilla. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2009; 44 (3):120-123.
3. Francescoli L, Machain S, Gaiero L, Dupont M. Estudio prospectivo sobre la incidencia de complicaciones en artroplastia primaria de rodilla en UCAL– Asociación Española. *AnFaMed*. 2014; 1 (1): 46-55.
4. Rodríguez-Fontanella C, González A. Genética de la artrosis. *Reumatología clínica*. 2015; 11 (1): 33-40.
5. Francescoli L, Machain S, Gaiero L, Dupont M. Estudio prospectivo sobre la incidencia de complicaciones en artroplastia primaria de rodilla en UCAL– Asociación Española. *AnFaMed*. 2014; 1 (1): 46-55.

Capítulo 28

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ORTOGERIÁTRICO

MARÍA TERESA GARCÍA VÁZQUEZ

CLARA ROSA QUINTANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fractura de cadera es un grave problema de salud pública tanto por su elevada incidencia como por los problemas asociados que acarrea en términos de autonomía de los pacientes que la sufren.

Según podemos comprobar en el Registro Nacional de Fracturas de Cadera, en el año 2021 se registraron un total de 10.068 casos de fracturas de cadera en España. Estos casos, además, se han ido incrementando debido fundamentalmente al envejecimiento poblacional (por la disminución de nacimientos y el aumento de la esperanza de vida) en España.

Si tenemos en cuenta las características demográficas, el perfil del paciente con fractura de cadera más frecuente en nuestro país es el de mujer (las 3/4 partes) con una media de 87 años. Además, también podemos encontrar otros factores de riesgos como pueden ser la presencia de osteoporosis, la polimedicación en pacientes ancianos, el deterioro del estado general, el mayor riesgo de caídas, el consumo de alcohol y tabaco y el déficit de vitamina D y calcio.

Es imprescindible que se detecte y se intervenga rápidamente este tipo de patología, ya que su abordaje en las primeras 48 horas va a disminuir las posibles complicaciones, el tiempo de hospitalización y la mortalidad.

Por ello, es necesario que el personal de enfermería conozca los cuidados específicos que debe proporcionar al paciente ortogeriatrico y algunas escalas que nos

pueden indicar que un paciente se encuentra en riesgo de sufrir caídas o fracturas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los principales cuidados de enfermería que se deben realizar a los pacientes ortogerítricos.

Objetivos secundarios:

- Reconocer los factores de riesgo para poder sufrir fracturas de cadera.
- Conocer algunas escalas que permitan detectar el riesgo de caídas o fracturas.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica para la que se ha realizado una búsqueda en las bases de datos Google Académico y Dialnet y se ha revisado la página del Registro Nacional de Fracturas de Cadera.

Se aplicó un filtro de idioma, ya que solo se revisaron artículos escritos en español.

Las palabras clave que se utilizaron para la búsqueda fueron “cuidados” “enfermería” “ortogeriatría” “fractura” y “cadera”.

Además, solamente se buscaron trabajos publicados a partir de 2005 para asegurar que se tratase de artículos actualizados. Finalmente, los artículos escogidos están comprendidos entre los años 2008 y 2023.

4 Resultados

Cuando el paciente ortogerítrico llega a planta hay que tener en cuenta que debemos realizarle una valoración geriátrica adecuada, es decir, una que incluya un plan tanto preventivo, como terapéutico y rehabilitador, cuyo fin sea lograr la mayor calidad de vida y autonomía del anciano. Para realizarla conoceremos las 4 esferas imprescindibles de esta valoración: clínica, funcional, mental y social. Algunas escalas interesantes que se pueden realizar durante la valoración del paciente geriátrico son el índice de Barthel para conocer el grado en que la persona realizaba las actividades básicas de la vida diaria antes y después de la caída, la

escala de Pfeiffer para conocer el estado cognitivo, la escala de Braden para valorar el riesgo de aparición de UPP y una valoración del riesgo de caídas y una valoración social al ingreso.

Otro punto importante a tener en cuenta a la llegada es el control del dolor, ya que una fractura de cadera supone un dolor agudo que imposibilita la bipedestación del paciente y la movilización de la extremidad afecta. Es necesario que se tenga un buen control del dolor para lograr una buena calidad del sueño, disminuir el número de desorientaciones y facilitar una pronta movilización. Como primeras opciones para controlar este dolor se utilizan analgésicos, antiinflamatorios y opioides.

El personal de enfermería también debe estar familiarizado con el uso de tracciones. Dependiendo del tipo de fractura, en determinadas ocasiones, se ejerce una fuerza de tracción con el fin de mantener inmovilizada la extremidad y así evitar el desplazamiento de la fractura y disminuir el dolor.

No hay que olvidar además que este tipo de fractura obliga al paciente a permanecer inmovilizado durante un tiempo (pudiendo no llegar a volver a caminar de forma independiente), y esto va a ser un factor de riesgo para la aparición de otras problemáticas, como pueden ser el desarrollo de úlceras por presión, tromboembolismo pulmonar, estreñimiento, incontinencia urinaria...

Tras la operación, cuando el paciente retorna a planta, es importante vigilar los signos que nos puedan indicar un sangrado activo, como es la aparición de hipertensión y signos de anemia.

En el postoperatorio el personal de enfermería deberá tener como objetivo la movilización precoz del paciente. Fomentará la deambulación de los pacientes y realizará las curas de la herida quirúrgica, vigilando la aparición de signos de infección y controlando del exudado.

Previo al alta del paciente, siempre se debe realizar educación para la salud, enseñando al paciente a reconocer cuándo debería acudir al servicio de urgencias hospitalarias, a realizar curas en la herida quirúrgica y a administrarse heparina subcutánea.

Por otro lado, hay algunas escalas que nos pueden ayudar a conocer el riesgo de fracturas o de caídas que tienen los pacientes. Es interesante conocer la escala QFracture, que evalúa el riesgo de fracturas, y la escala de Downtown, que nos indica el riesgo de caídas teniendo en cuenta 5 dimensiones diferentes: la historia de caídas, el estado mental, la toma de medicaciones, la deambulación y los posibles déficits sensoriales.

5 Discusión-Conclusión

La fractura de cadera es una problemática que se encuentra en aumento en España dado el envejecimiento poblacional que está sufriendo el país.

Es, por tanto, indispensable contar con un equipo de enfermería que esté lo suficientemente instruido en los cuidados necesarios que se deben aportar a los pacientes ortogeriátricos. Esto nos garantizará una atención hospitalaria de calidad haciendo que mejore la autonomía de las personas ancianas.

Por último, es necesario una prevención de nuevas caídas en este tipo de pacientes, por lo que conocer las escalas que sirven para valorar caídas y fracturas es totalmente esencial para los profesionales de enfermería.

6 Bibliografía

- Sancho Alcañiz E, et al. Plan de cuidados de enfermería ante fractura de cadera en el anciano. RSI [Internet]. 2023 [Consultado 17 Ago 2023]; 4 (5). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-ante-fractura-de-cadera-en-el-anciano/>
- Villarán Castro A, Hernández Sanz A. Valoración del riesgo de fractura osteoporótica. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2015 [Consultado 17 Ago 2023]; 8 (1): 48 – 58. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000100006>
- Pérez Zurita H. Proyecto de investigación: Cuidados de enfermería en la fractura de cadera liderados por la enfermera de ortogeriatría [Trabajo de Fin de Grado]. Facultad de enfermería de Valladolid; 2022. Recuperado a partir de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/54267/TFG-H2492.pdf?sequence=1>
- González Montalvo JI, et al. Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2008 [Consultado 17 Ago 2023]; 43 (4): 239 – 51. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ortogeriatria-pacientes-agudos-i-aspectos-S0211139X08711892>
- Saéz Lopez P, et al. Registro Nacional de Fracturas de Cadera. Informe anual 2021. Madrid: RNFC; 2021.
- Wanden – Berghe C. Valoración geriátrica integral. Hosp domic [Internet]. 2021 [Consultado 18 Ago 2023]; 5 (2): 115 – 124. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152021000200004
- Societat Catalana de Geriatria I Gerontologia. Guía de Ortogeriatría [Internet]. Grupo de trabajo de ortogeriatría de la SCGIG; 2021 [Consultado 18 Ago 2023].

Capítulo 29

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES ADICTOS A LA DROGA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

1 Introducción

La OMS en 1982 definió Droga de Abuso como aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptible de ser autoadministrada.

Se observa que a partir de los años setenta hubo una expansión que aún hoy en día no ha cesado. Aquí en España la cocaína es después de los derivados del cannabis la segunda droga ilegal más consumida.

Puede usarse en diferentes formas: hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína, cocaína, freebase y crack. Y la vía de consumo va a ser mediante inyección endovenosa, fumada, esfinada siendo esta última vía la más utilizada.

La cocaína es un estimulante muy potente del sistema nervioso central, y también una de las drogas más peligrosas y adictivas. Debido a la estimulación que provoca va a aparecer euforia, excitación, locuacidad, sensación de gran fuerza física y agudeza mental, se va a ver acompañado de manifestaciones en distintos sistemas y aparatos, como por ejemplo en el sistema nervio simpático y aparato

cardiovascular va a ver vasoconstricción, aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca, midriasis, sudoración y temblor.

La cocaína es una droga que debido a sus efectos sobre la conducta tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo. Posee una alta potencia de abuso independientemente de la vía de administración. Aunque parezca que la cocaína se consume de forma inocua o recreativa, los cambios en el SNC producidos de forma acumulada más el refuerzo positivo pueden convertir su uso esporádico en uso compulsivo, con lo cual genera un alto potencial de abuso.

Hay situaciones que conllevan un mayor riesgo como puede ser la adolescencia, el embarazo, el policonsumo, etc.

2 Objetivos

- Vincular las actividades asistenciales, con las de prevención y promoción de la salud que realiza enfermería, dentro de la atención integral a los pacientes con drogodependencias.
- Revisar y actualizar la historia clínica de cada paciente.
- Estandarizar las intervenciones, registros y técnicas que tenemos que llevar a cabo con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Seleccionamos información mediante una revisión bibliográfica en bases de datos científicos como Scielo, Medline, Pubmed. También buscamos y revisamos artículos científicos que hay publicados en la actualidad. Por último hemos recopilado información del google académico, obteniendo información suficiente para poder realizar este capítulo.

4 Resultados

Existen diferentes protocolos para trabajar con estos pacientes que van a depender de cada comunidad autónoma, lo que se deduce que su centro de referencia va a ser el más próximo a su domicilio. En estos centros se llevará a cabo la desintoxicación, deshabituación, van a reducir los daños y tenemos que conseguir que sus condiciones de salud mejoren. En este proceso hay que integrarlos de nuevo en la sociedad con el apoyo de la familia.

Hay que tener una especial atención a los grupos más vulnerables como son pacientes con patología dual, o con muchos años de consumo y poco motivados para cambiar la situación, drogodependientes que vivan en la calle o que tengan otra cultura o problemas con la justicia y así darles una respuesta lo más ajustada a lo que necesiten para conseguir el mayor logro posible.

El trabajo que se realiza con este tipo de pacientes se lleva a cabo mediante un equipo de profesionales que consta de médico, psicólogo, enfermero, trabajador social y terapeuta ocupacional. En este equipo enfermería va a desempeñar una serie de funciones como son:

- *Obtención de muestras biológicas, a) orina, con ella realizamos del test de embarazado, test de detección de sustancias, tira reactiva. Nos sirve para saber si está embarazada o no, si sigue consumiendo drogas y la cantidad que consume.
- b) sangre, con ello sabemos el estado del paciente (función hepática, confirmamos si tiene o no enfermedades contagiosas), c) esputos, se utiliza para la tuberculosis,
- d) aire inspirado, nos sirve para el consumidor de alcohol.

- *Toma de constantes vitales, FC, TA, Tª y sat O2 todo esto se controla porque hay fármacos que van a alterar las constantes.

- *Medidas antropométricas, talla, peso y el índice de masa corporal.

- *Prueba de Mantoux, se realiza a todo paciente que vaya a ingresar en cualquier centro de desintoxicación y si hubiera infección se le pediría una radiografía de tórax.

Enfermería también llevará a cabo la administración de fármacos según lo pauté el médico, normalmente van todos los días a tomarse la medicación delante del personal de enfermería pero varía cuando el paciente va progresando en la desintoxicación o deshabituación a la droga, habitualmente estos centros los fines de semana permanecen cerrados entonces un familiar responsable, tutor o dispositivo como caritas o albergues se hará cargo de administrar el tratamiento al paciente.

Todos los fármacos administrados quedarán registrados para llevar un control y ver el grado de adherencia.

Enfermería se encarga de la educación para la salud. A los pacientes tiene que darles información de los estilos de vida y conductas que deben abandonar o modificar, la información que le vamos a dar tiene que ser clara y adaptada a cada paciente. Cuando el paciente tome la decisión que quiere cambiar nosotros estaremos allí para ayudarle, reforzar el cambio y fomentarlo. Realizaremos una orientación grupal e individual sobre la salud afectivo-sexual para prevenir las ITS y embarazos no deseados, se hablará del ejercicio y la dieta, de la importancia de la higiene y el sueño. Repartiremos de manera gratuita preservativos para

evitar o disminuir las relaciones sexuales de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Con toda la información revisada y constatada llegamos a la conclusión que no existe en la actualidad un tratamiento eficaz para el abuso y dependencia a la cocaína. Se deberá actuar desde diferentes esferas. Junto con el tratamiento farmacológico debemos incluir el tratamiento psicoterapéutico y las relaciones sociales.

Estos pacientes tienen que estar muy motivados al cambio porque la cocaína produce una potente dependencia y también tendrán que saber que van a ver recaídas por eso deben aprender a solventarlo y pedir ayuda porque nuestro equipo va a estar con ellos apoyándolos.

Y por último y no menos importante va a ser el apoyo familiar.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/cocaine.html>
<https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-cocaina>
<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cocaina/home.htm>
<https://es.wikipedia.org/wiki/Coca%C3%ADna>
<https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-cocaina>
<https://diarioenfermero.es/salir-de-la-cocaina-con-ayuda-de-la-enfermera/>
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200005

Capítulo 30

FARMACOLOGÍA ANTIULCEROSA

ÁNGEL RAMÓN AYALA RODRIGO

1 Introducción

La farmacología del aparato digestivo va dirigido a restaurar la integridad del aparato digestivo, curando las patologías que en él se pudieran producir o previniendo dichas enfermedades.

Para ello se recurre a diversos mecanismos según el tipo de enfermedad para la que vaya encaminada el tratamiento, pudiendo ser la protección o restauración de la mucosa, disminución del ácido clorhídrico del estómago, combatir las náuseas y vómitos o el estreñimiento y la diarrea.

Para tratar estos y otros problemas del aparato digestivo se usa un amplio abanico de fármacos, los cuales vamos a desarrollar teniendo en cuenta su finalidad en cuanto a tratamiento.

En esta revisión se han estudiado los fármacos antiulcerosos, utilizados en el tratamiento de úlceras en el ser humano. Entre ellos encontramos los antagonistas de los receptores H_2 , que van destinados a reducir la cantidad de ácido gástrico secretado por las glándulas de revestimiento del estómago mediante la unión al receptor de histamina, reduciendo la concentración de hidrogeniones..., los inhibidores de la bomba de protones, los antiácidos, actuando sobre las células parietales que son las responsables de la secreción ácida del estómago y los mediadores celulares, como la acetilcolina, la histamina y la gastrina; los protectores de la mucosa gástrica, que forman una barrera protectora de la mucosa digestiva frente a agentes perjudiciales y derivados de prostaglandinas.

2 Objetivos

- Conocer la farmacología utilizada para el tratamiento de las úlceras.
- Estudiar los problemas que pueden originar úlceras y otros problemas en las personas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando los buscadores Google Académico, PubMed y SciELO empleando los términos: fármacos, digestivo, úlceras y el operador booleano AND.

Tras la búsqueda y revisión de los artículos encontrados se utilizaron un total de 6 artículos para la realización de esta revisión.

4 Resultados

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H₂

Estos fármacos van destinados a reducir la cantidad de ácido gástrico secretado por las glándulas de revestimiento del estómago mediante la unión al receptor de histamina, reduciendo la concentración de hidrogeniones.

Uso terapéutico para aliviar los síntomas del reflujo de ácido o enfermedad del reflujo gastroesofágico y para tratar úlceras gastroduodenales. Son: famotidina, cimetidina, ranitidina, nizatidina en cápsulas. Se suelen administrar por vía oral, en comprimidos, líquidos o cápsulas. Efectos adversos: Famotidina (el más común es el dolor de cabeza). Cimetidina: son poco frecuentes. Se puede presentar diarrea, mareo, erupciones cutáneas, dolores de cabeza y ginecomastia (agrandamiento patológico de una o ambas glándulas mamarias en varones). Ranitidina: principalmente el dolor de cabeza. Nizatidina: son poco frecuentes. Las reacciones más frecuentes son dolor de cabeza, mareos, estreñimiento, diarrea, picazón e hinchazón. Contraindicaciones: embarazadas y personas con problemas renales.

El uso de inhibidores de la producción de ácido clorhídrico es frecuente en pacientes hospitalizados para el tratamiento de úlceras por estrés. Esto es debido a que estas lesiones se producen mayoritariamente en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con un alto riesgo de presentar sangrado gastrointestinal, lo que puede llevar a inestabilidad hemodinámica manifestada con hipotensión, taquicardia, fallo respiratorio o anemia, entre otras; por lo que

el tratamiento profiláctico es muy importante. Sin embargo, no en todos los casos es necesario su uso, determinando que se produce un excesivo uso de estos fármacos, debido principalmente a una mala evaluación para su prescripción, lo que ha llevado a que cada vez se usen más otro tipo de fármacos.

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES.

La forma farmacéutica utilizada en la actualidad para esta sustancia son comprimidos recubiertos gastrorresistentes y cápsulas de disolución entérica que no deben ser partidas ni masticadas.

Son: esomeprazol, lansorazol, omeprazol (profármaco), pantoprazol, rabeprazol. Mecanismo de acción: inhiben de forma selectiva la bomba de hidrogeniones: $H^+/K^+ATPasa$ que está presente en la célula parietal gástrica. Usos terapéuticos: tratamiento sintomático y de mantenimiento a largo plazo de la esofagitis por reflujo gastroesofágico, úlcera gástrica y duodenal asociada a *H. Pylori*, a un alto consumo de AINE. Interacciones farmacológicas: posible disminución de la efectividad de anticonceptivos orales por inducción de su metabolismo. Además, es de categoría C de riesgo gestacional. Cuidados de enfermería: se recomienda administración junto con comida y en ningún caso de forma simultánea con principios activos que reduzcan la secreción ácida. Efectos adversos: posibles alteraciones transitorias y moderadas del aparato digestivo como: dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, cefalea y posible elevación de transaminasas.

El posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva en cuanto a los inhibidores de la bomba de protones no es muy bueno ya que afirman que su uso continuado está relacionado con posibles efectos adversos serios que han contribuido a crear una alarma social. El motivo de que en España se prescriban un 70% más de estos fármacos en comparación con la media europea, está muy relacionado con la prescripción inadecuada y la profilaxis de lesiones gástricas y duodenales en pacientes con bajo e incluso nulo riesgo; como se ha demostrado en numerosos estudios. Al disminuir la acidez del jugo gástrico puede originar un déficit en la absorción de vitamina B12. Esto a su vez puede ser un factor de riesgo de daño neurológico. Además, se ha asociado su consumo a hipomagnesemia, con el uso de estos fármacos a largo plazo. A esto sumamos asociado a ellos un riesgo de fracturas óseas por fragilidad relacionadas con osteoporosis, en concreto vertebrales y de cadera. El consumo de inhibidores de la bomba de protones también se asocia a un leve incremento del riesgo de infección entérica por *Clostridium difficile*. Conllevan un aumento del riesgo de hemorragia digestiva sobre todo en pacientes con antecedentes de la misma y de úlcera péptica.

ANTIÁCIDOS:

Las células parietales son las responsables de la secreción ácida del estómago, estas poseen una función fundamental en el proceso digestivo. Además, intervienen en dicho proceso diversos mediadores celulares, como la acetilcolina, la histamina y la gastrina. Éstas poseen receptores que se localizan en las células parietales, las cuales son las encargadas de la activación de la bomba H^+ / K^+ ATPasa, responsable de la secreción.

El tratamiento farmacológico se basa fundamentalmente en el bloqueo de los receptores responsables de transmitir la señal secretora, la estimulación de procesos protectores y la regeneración celular del tejido afectado. Los antiácidos orales son compuestos no absorbibles de carácter básico cuyo mecanismo de acción se basa en la neutralización del HCL de las secreciones gástricas. Los más utilizados en la actualidad son a base de aluminio y/o magnesio en asociación y formando complejos moleculares (almagato, almasilato, hidrotalcita o magaldato) donde se ven complementadas dos acciones: la acción inicial rápida del magnesio y la neutralización sostenida del aluminio.

Se emplean en: alivio de los síntomas de la hiperacidez gástrica, dispepsia ulcerosa y no ulcerosa y en el reflujo gastroesofágico. Otro empleo: cabe destacar que las sales de aluminio se emplean en la hiperfosfatemia causada por una insuficiencia renal crónica y el hidróxido de magnesio como laxante.

Administración: de 1 a 3h después de las comidas, al acostarse o a demanda según síntomas. Interacciones: modifican la absorción de digoxina, tetraciclinas, quinolonas, sales de hierro e isoniazida. Precauciones: se deben administrar con un intervalo al menos 2-3h entre ellos. Efectos adversos: el aluminio es astringente y retrasa el vaciamiento gástrico y el magnesio, al contrario. Cuando se administran conjuntamente se minimizan estos posibles efectos.

Tanto el bicarbonato sódico como el carbonato cálcico actualmente no se utilizan, ya que producen secreción de rebote de ácido y pepsina, y a su vez alcalosis (constituye riesgo en pacientes con insuficiencia cardíaca del tipo congestivo, HTA, fracaso renal, cirrosis y embarazo).

PROTECTORES DE LA MUCOSA GÁSTRICA

Mecanismo de acción: Actúan formando una barrera protectora de la mucosa digestiva frente al ataque de todo aquello que la pueda afectar y perjudicar tales como las enzimas digestivas o la propia secreción ácida.

Debido a sus características también poseen una acción antisecretora y antiúlcerica péptica según el principio activo ya que son muy diversos. Los más representativos son el sucralfato y las sales de bismuto, pero también existen otros fármacos/grupos.

SUCRALFATO: Es un polisacárido sulfatado unido a hidróxido de aluminio.

Mecanismo de acción: Tiene un efecto protector de la mucosa gástrica protegiéndola del jugo gástrico. Uso clínico: Se combina con otros fármacos ya que sirve para prevenir la hemorragia gastrointestinal en los enfermos graves. Acción farmacológica: Curar las úlceras crónicas sin producir la alteración de la secreción ácido-peptídica gástrica ni taponar el ácido significativamente. Vías de administración: Se administra por vía oral, absorbiéndose una mínima cantidad (<5%) y la dosis máxima diaria en adultos es de 4 gr. Efectos adversos: El sucralfato tiene mínimos efectos adversos y estos van unidos a la posible toxicidad por el aluminio. El aluminio se excreta por el riñón y si existe insuficiencia renal, puede retenerse y producir neurotoxicidad y anemia. El consumo simultáneo de citrato aumenta significativamente la adsorción de aluminio. Medicamento comercializado ☐ Urbal

SALES DE BISMUTO

En la actualidad se dispone de varias formas de sales de bismuto, como el dicitrato bismutato tripotásico y la ranitidina-citrato de bismuto. Mecanismo de acción: tiene efecto protector de la mucosa digestiva. Uso clínico: se utiliza aplicado a la piel en las hemorroides al igual que como un enema. Acción farmacológica: La acción más importante del bismuto es la supresión de la bacteria *Helicobacter pylori* que está asociada al tratamiento de la gastritis crónica. También inhibe la actividad de la pepsina, puede unirse al cráter de las úlceras, incrementa la producción de prostaglandinas y la secreción de moco y bicarbonato. El bismuto ni inhibe ni neutraliza la acidez gástrica. Vías de administración: se administra por vía oral. Efectos adversos: Tras su administración, las sales de bismuto forman compuestos sulfatados de bismuto que colorean las heces de negro. No tienen apenas efectos secundarios a las dosis habituales, no obstante, debe evitarse su administración en pacientes con insuficiencia renal. Medicamento comercializado ☐ Gastrodenol

OTROS GRUPOS

ACEXAMATO DE ZINC.

Es un fármaco de eficacia clínica demostrada, aunque sin suficientes estudios comparativos con otros antiulcerosos. Uso clínico: Se usa para el tratamiento de la úlcera gástrica o duodenal y para las lesiones gastrointestinales que han sido causadas por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Acción farmacológica: Provoca que la liberación de histamina disminuya en los histaminocitos y los mastocitos de la mucosa gástrica, por lo que el HCL gástrico también disminuirá. A su vez, implica la estimulación de la PGE2 (prostaglandina E2) que provoca un aumento de mucosa. Medicamento comercializado ☐ Copinal

DOSMALFATO

Efecto local. Uso clínico: Prevención y tratamiento de lesiones gastroduodenales inducidas por tratamientos crónicos con AINE. Acción farmacológica: Cuando el PH es ácido, entonces forma un gel muy espeso que reacciona con varios componentes o agentes secretorios, entre ellos, la pepsina. Este gel reduce la actividad de la pepsina y tiene una actividad dudosa ante la activación de la PGE2. Medicamento comercializado ☒ Diotul.

CARBENOXOLONA

Es un derivado del ácido glicirricico, capaz de alterar la composición y cantidad del moco gástrico. Tiene cierto efecto mineralocorticoide, que ha limitado su uso.

- DERIVADOS DE PROSTAGLANDINAS

MISOPROSTOL

Mecanismo de acción: es un antisecretor gástrico y protector de la mucosa digestiva. Uso clínico: La acción del misoprostol ha sido aprobada para la prevención de las úlceras gástricas inducidas por AINE. Acción farmacológica: Es un fármaco con acción útero constrictora, por lo que puede inducir aborto en mujeres embarazadas. Tiene la capacidad de unirse a los receptores de las células parietales para inhibir la producción de ácido (HCL). Vías de administración: Se administra por vía oral cada 6-12 horas. Efectos adversos: más frecuentes son diarrea, relacionada con la dosis y dolor abdominal. A su vez, aumenta la producción de moco y bicarbonato, disminuyendo la pepsina. Medicamento comercializado ☒ Cytotec, Artrotec

5 Discusión-Conclusión

La farmacología avanza y evoluciona día tras día y existe una creación continua de nuevos fármacos para el tratamiento de las enfermedades y las patologías que afectan al ser humano. Estos fármacos van consiguiendo un mejor efecto provocando una mejoría en nuestro estado de salud y se aprecian una menor cantidad de efectos adversos sobre aquellos que los toman.

En los problemas del aparato digestivo, como es el caso de las úlceras, se da de la misma forma y actualmente existen diversos fármacos que han demostrado ser eficaces tanto para la prevención como para el tratamiento de este problema, como son los tratados en esta revisión, lo que denota una mejoría en el tratamiento de esta patología.

6 Bibliografía

- Castells Molina, S. and Hernández Pérez, M. (2012). Farmacología en enfermería. 3rd ed. Barcelona: Elsevier, p. 275-282.
- DE-LA-COBA, Cristóbal, et al. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2016, vol. 108, no 4, p. 207-224.
- DE LAS SALAS-MARTÍNEZ, Roxana Patricia; VILLARREAL-CANTILLO, Elizabeth. Interacciones en el uso de antiácidos, protectores de la mucosa y antise-cretos gástricos. Salud Uninorte, 2013, vol. 29, no 3.
- HERRERA-COVARRUBIAS, Deissy, et al. Laxantes con fenoltaleína y su relación con el desarrollo de cáncer. Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 2015, vol. 15, no 2, p. 91101.
- CHAVES, Ninfia Marlén; NIVIA, Diego A. Uso de inhibidores de la bomba de protones y antagonistas de los receptores H2 de histamina como profilaxis en úlceras por estrés: ¿una práctica justificada? Revista Colombiana de Enfermería, 2015, vol. 11, no 10, p. 82-92.
- Pradillo García, P. (2009). Farmacología en enfermería. Madrid: DAE. 2nd ed.p.304-315.

Capítulo 31

LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES DON DIABETES MELLITUS TIPO 2. EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ

ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS

1 Introducción

La enfermedad de diabetes tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica y sus pilares fundamentales para el tratamiento y prevención son la alimentación, la farmacología, la actividad física y la educación terapéutica en diabetes, punto fundamental a asumir por la enfermera/o que lleva el seguimiento del paciente diabético.

La educación terapéutica en diabetes (ETD) es fundamental para el paciente diabético y la OMS la define como un proceso continuo e integral de la atención centrada en la persona. La enfermera/o encargado de este papel ha de contemplar la sensibilización, información, educación para el aprendizaje y soporte psicosocial en relación con la enfermedad y tratamiento.

El objetivo fundamental para llevar a cabo la ETD es prevenir y retrasar a corto y largo plazo las complicaciones derivadas de la enfermedad. Entre otros objetivos, más específicos estarían mejorar los conocimientos y habilidades en los pacientes, fomentar estilos de vida saludables, promocionar el autocuidado, entre otros.

Las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) nos vienen a decir que para aquellos pacientes con sobrepeso u obesidad necesitan alcanzar una pérdida de peso mayor o igual al 5% o una reducción del déficit calórico entre 500-700 kcal/día.

Los objetivos de glucemias han de ser individualizados para cada tipo de paciente y forman parte del proceso educativo de cada individuo. La ADA 2021, en un paciente adulto, nos habla de que el objetivo de la HbA1c ha de estar por debajo del 7%, que los autocontroles glucémicos de glucemia capilar, en las preprandiales ha de estar entre 80-130 mg/dl y las postprandiales han de ser inferiores a 180 mg/dl.

2 Objetivos

-Exponer el papel del personal de enfermería en la educación de los pacientes con diabetes.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo, ha sido necesaria la realización de una búsqueda bibliográfica activa y consciente de diferentes artículos en las bases de datos más conocidas como PubMed, Medline, Dialnet y Scielo. Para ello se han utilizado los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Palabras clave: ETD, diabetes, nutrición.

Keywords: diabetes.

4 Resultados

Lo primero que debería llevar a cabo enfermería sería una valoración del paciente y de sus necesidades nutricionales. Para esto ha de realizarse una anamnesis (antropometría, pruebas de laboratorio, antecedentes médicos y antecedentes familiares). La ADA 2021 recomienda en pacientes con DM2 medir el peso, la altura y el IMC de forma anual, ya que la pérdida o ganancia de peso también pueden hacer que se lleven a cabo cambios de tratamiento.

La educación alimentaria y nutricional (EAN) se trata de un conjunto de estrategias educativas diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otros comportamientos relacionados con la alimentación y nutrición con el fin de facilitar el autocuidado en el paciente diabético. Es importante para

que estas intervenciones sean satisfactorias, que se tengan conocimientos previos, qué sabe el paciente acerca de la diabetes y la alimentación relacionada con la misma, las costumbres y los hábitos, el horario de las comidas a lo largo del día, la motivación que tiene el paciente y marcar objetivos realistas. Todo ello hará que el paciente tome las riendas de su enfermedad.

En cuanto a los grupos de alimentos, es muy importante que el paciente reconozca los diferentes grupos de alimentos y el impacto que éstos tengan sobre la glucemia, ya que dependerá de su elección. Los hidratos de carbono son aquellos que aumentan la glucemia postprandial, las fuentes saludables de HC son las frutas, las verduras, cereales, legumbres... Otras no saludables son los azúcares, los dulces... De estos alimentos es importante controlar el índice y la carga glucémica (CG), es decir, lo rápido que sube la glucemia y cuánto sube después de haber ingerido el alimento. La fibra alimentaria está recomendada entre 44 y 50 g generando una mejora de la glucemia. Las proteínas y las grasas no tienen en sí un gran impacto sobre la glucemia y su recomendación es la misma que a la población en general, pero siempre hay que individualizar.

Otros tipos de alimentos o aditivos son los edulcorantes, los cuales preocupan mucho a los pacientes. Enfermería les informará que hay edulcorantes naturales: sacarosa, fructosa y lactosa que si suben la glucemia, los polialcoholes que suben la glucemia a la mitad y los acalóricos que no aumentan la glucemia, como es el caso de la sacarina.

El alcohol no es recomendable en ningún caso, pero si es muy conveniente explicar al paciente que produce hipoglucemias graves que si ocurren bebiendo alcohol, es necesario que se acuda a un hospital porque el glucagón no ayudaría a resolverlo.

La lectura del etiquetado es muy importante en educación alimentaria y que se haga hincapié en la cantidad de HC totales. Mirar cuál es el ingrediente que está destacado en primer lugar, ya que indicará que ese alimento tiene ese ingrediente de forma mayoritaria.

Respecto al contenido de HC simples hay diferentes declaraciones: sin azúcares, sin azúcares añadidos y bajo contenido en azúcar. Sin azúcar quiere decir que tiene 0,5 g de azúcar por 100 g de producto, sin azúcares añadido hace referencia a azúcares naturalmente presentes en el alimento y bajo contenido en azúcares: 5 g de azúcares por 100 g de alimento o en estado de líquido serían 2,5 g por cada 100 ml.

5 Discusión-Conclusión

El plato saludable de Harvard sería el plato estrella para explicar a un paciente con diabetes. Ayuda que sea mucho más fácil introducirlo en la vida diaria del paciente, que no tenga que pesar los alimentos. Está muy pensado para aquellos pacientes diabéticos tipo 2 que les sea un poco más difícil entender cosas más complicadas y que sea útil para poder introducirlo con toda la familia. La mitad del plato ha de ser verdura, la otra mitad ha de ser dividida en dos y un cuarto sean los granos integrales (legumbres, arroz integral, pasta...) y en el otro lado proteína saludable.

La educación terapéutica ha de ser impartida por profesionales de la salud con conocimientos teóricos y prácticos, así como habilidades de comunicación que les permitan poner en marcha programas estructurados.

La evaluación periódica de la ETD es fundamental para comprobar el progreso del paciente y los contenidos que es necesario reforzar.

Los mejores métodos de evaluación son la entrevista clínica dirigida, la observación directa y la resolución de problemas.

En la entrevista las preguntas serán abiertas y se evitarán todas aquellas que se puedan responder con un «sí» o un «no».

El registro en la historia clínica electrónica de las intervenciones en ETD es fundamental para su evaluación.

6 Bibliografía

1. El conteo de carbohidratos y la diabetes [Internet]. Diabetes.org. [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://diabetes.org/el-conteo-de-carbohidratos-y-la-diabetes>
2. Guía Programas Estructurados en Educación Terapéutica [Internet]. Sediabetes.org. [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/publicaciones/publicaciones-sed/guia-programas-estructurados-en-educacion-terapeutica/>
3. Sociedad Española de Diabetes. Programa de Educación Terapéutica para personas con Diabetes Tipo 2 y/o familiares y/o cuidadores. <https://d2q8uh6bd0hj9.cloudfront.net/wpcontent/uploads/2019/05/27152144/educacion-terapeutica-tipo2.pdf>
4. Fundación redGDPS. Educación terapéutica en diabetes. <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/6-educacion-terapeutica-en-diabetes-20180917>

Capítulo 32

CHUPETE EN EL RECIÉN NACIDO Y POBLACIÓN PEDIÁTRICA

PAULA HERRÁIZ PINO

ANDREA GÁLLEGO ALISES

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

1 Introducción

Una práctica común en el mundo es el uso del chupete tanto en población tanto lactante como pediátrica. Aproximadamente el 90% de los bebés de Estados Unidos y el 86% de los españoles usa chupete en algún momento de la vida.

Los recién nacidos son dependientes totalmente de sus cuidadores. Para que tengan un desarrollo evolutivo correcto las necesidades que surgen a lo largo de estas etapas deben recibir una respuesta por parte de sus progenitores.

Hoy en día, el uso del chupete puede encontrarse ligado a una sociedad desarrollada por sus múltiples ventajas, como reductor de dolor y del estrés, inductor del sueño y su potente efecto calmante para el llanto del bebé (situaciones que pueden generar ansiedad en los padres).

En contra, existe una creencia en la sociedad de que su uso es inofensivo e inocuo

para el lactante, siendo esto falso, pues entre sus efectos perjudiciales se encuentran las malformaciones dentarias, la interferencia con la lactancia materna o la aparición de otitis media.

Es importante que, si los padres deciden usar chupetes, lo hagan de forma adecuada, es decir, que el chupete sea de un tamaño adecuado a la boca del niño y que no sea fisiológico (ni muy duro, ni muy suave). El chupete debe ofrecerse al bebé limpio.

En profesionales sanitarios su uso puede dar lugar a controversia, por ello es importante que estos activos en salud den a conocer a los padres y madres los riesgos y beneficios del uso del chupete. El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría realizó una revisión sobre la relación entre el uso del chupete, la lactancia materna y el síndrome de muerte súbita del lactante.

2 Objetivos

Conocer los riesgos y beneficios del uso del chupete en recién nacidos y población pediátrica y las últimas recomendaciones en cuanto a su utilización.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library, Pubmed y en el metabuscador Google Scholar en los últimos 20 años, publicados en inglés y español. Además, también se consultaron manuales de pediatría y páginas webs de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) para tener en cuenta las últimas recomendaciones.

4 Resultados

Tras el análisis realizado se obtuvieron las siguientes recomendaciones sobre el uso del chupete:

- La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y a demanda hasta que la madre y el niño lo deseen, siendo esto factor protector frente a la muerte súbita del lactante durante el primer año de vida.

- En el caso de un recién nacido con lactancia materna exclusiva es recomendable evitar el chupete, pues se relaciona con dificultad en la instauración de la lactancia y el destete precoz. Puede confundir la succión del bebé y disminuir los niveles de prolactina en la madre por succionar durante menos tiempo el pecho.
- En determinadas ocasiones el uso del chupete puede ser marcador de dificultades en la lactancia. Los profesionales sanitarios deben identificar estas situaciones. Usar el chupete puede estimular el reflejo de succión en situaciones en las que éste se encuentre poco desarrollado.
- En los niños amamantados con lactancia artificial se recomienda el uso del chupete durante el sueño para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
- Se recomienda limitar el uso del chupete a partir de los seis meses ya que puede provocar malformaciones bucodentales. Por ello, es recomendable realizar revisiones bucodentales periódicas para controlar la dentición temporal del bebé. También se relaciona con la aparición de otitis media.
- Usar el chupete se ha relacionado con una succión digital persistente en la edad infantil, inicio precoz del hábito tabáquico en la adolescencia y edad adulta y disminución de la producción del sonido del habla.
- Usar chupete es factor protector frente a la aparición de sobrepeso y obesidad en la adolescencia.
- El chupete produce analgesia durante procedimientos o situaciones estresantes.
- Se recomienda lavar los chupetes con clorhexidina acuosa al 0.12% o con agua hirviendo.
- Los profesionales sanitarios deben saber que existen otros métodos para calmar a un bebé como el contacto piel con piel o métodos de succión no nutritiva.
- Los profesionales de la salud deben proporcionar a los padres información basada en la evidencia científica disponible.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de los años y gracias a las revisiones sistemáticas y metaanálisis se han logrado establecer cuáles son los efectos derivados del uso del chupete, tanto

beneficiosos como perjudiciales.

Usar el chupete es muy común en España, por ello, es primordial que los padres estén siempre bien informados antes de tomar la decisión sobre ofrecer o no chupete a sus hijos. Estas recomendaciones están basadas en la evidencia científica y deben facilitar a los profesionales sanitarios la toma de decisiones a la hora de aconsejar, ayudar y asesorar a los padres en el cuidado de sus recién nacidos.

La consulta de enfermería pediátrica es un lugar de encuentro con la familia que reúne los requisitos idóneos para realizar educación para la salud a lo largo de las diferentes etapas de la edad pediátrica.

6 Bibliografía

1. Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and sids: Evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J.* 2012;16(3):609–14.
2. De G, Clínica En P, Sns EL, Saila O, De Salud D. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna [Internet]. Vitoria-Gasteiz; 2017. Available from: https://redets.sanidad.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf
3. Marinov M PA. Uso del chupete de entretención en la primera infancia y su influencia en el desarrollo posterior de sobrepeso y obesidad entre los 5 y 18 años de edad. *Revista Chilena de Nutrición.* 2013;40(1).
4. Martínez Sánchez L, Díaz González E, García-Tornel Florensa Gaspà Martí SJ. Uso del chupete: beneficios y riesgos. *An Pediatr (Engl Ed).* 2000;53(6):580–5.
5. Lozano De La Torre MJ, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J, Arena Ansótegui J, Ares Segura S, et al. Uso del chupete y lactancia materna. *An Pediatr (Engl Ed).* 2011;74(4).

Capítulo 33

IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA DIABETES PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO

CELIA ARROYO MOLINA

NATALIA AMATE ESCABIAS

ALBA LÓPEZ MARTIN

LAURA VARGAS BEAMUD

BLANCA HERRERO ALCAIDE

1 Introducción

La diabetes mellitus es un conjunto de alteraciones metabólicas crónicas, que se caracterizan por presentar niveles de glucosa elevados en sangre, como consecuencia de la disfunción de las células pancreáticas de producir insulina o como resultado de la resistencia a su acción por parte de las células o ambos. En la actualidad podemos diferenciar diversos tipos de diabetes:

- Diabetes tipo 1: se produce debido a la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas, conllevando a una ausencia total de producción de insulina.
- Diabetes tipo 2: se produce por un aumento de resistencia a la insulina por parte de las células, lo que conlleva a su disfunción e incapacidad por parte del páncreas para producir la insulina solicitada.

-Diabetes gestacional: se produce durante las gestaciones debido a una intolerancia a la glucosa.

Las complicaciones de la diabetes presentan una alta morbilidad, constituyendo esta entidad una de las más costosas por su elevada atención médica solicitada. Se espera que haya un aumento en la incidencia de la diabetes a medida que envejece la población, debido al aumento en las tasas de obesidad. A su vez, el incremento de las tasas de obesidad juvenil e infantil y el aumento del diagnóstico de diabetes tipo dos entre los jóvenes dará como resultado la necesidad del conocimiento de los factores de riesgo y del control de la diabetes que deben llevar durante gran parte de sus vidas.

Los síntomas más comunes de una hiperglucemia son: polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso y en ocasiones visión borrosa. A consecuencia del mal control glucémico es posible llegar a acontecimientos potencialmente mortales como lo son la hiperglucemia con cetoacidosis o el síndrome hiperosmolar no cetósico.

En relación a las posibles complicaciones a largo plazo, se encuentran la nefropatía que puede conducir a una insuficiencia renal; la retinopatía con potencial pérdida de visión; la neuropatía periférica, con riesgo de aparición de úlceras del pie diabético y amputaciones de extremidades y articulaciones como el pie de Charcot. A su vez, estos pacientes tienen más riesgo de sufrir enfermedades arteriales periféricas, aterosclerosis cardiovascular y accidentes cerebrovasculares entre otros.

Es por ello que las complicaciones de los pacientes con pie diabético conllevan una elevada carga para la salud y el sistema sanitario, ya que es el primer motivo por el que los pacientes con diabetes ingresan. Los estudios muestran que entre el 2-3% de los pacientes diabéticos presentan una úlcera del pie diabético activa, lo que se traduce en un riesgo del 25% de desarrollar una úlcera del pie diabético. Para clasificar los estadios en los que se encuentran las úlceras del pie diabético se utiliza la escala de Wagner:

- Grado 1: úlcera del pie diabético superficial.
- Grado 2: úlcera que tiene compromiso de ligamentos, cápsula articular o fascia sin abscesos y tendones.
- Grado 3: úlcera con absceso, profunda con posible osteomielitis.
- Grado 4: gangrena del pie.

2 Objetivos

- Exponer las medidas adecuadas para el control glucémico de los pacientes diabéticos.
- Describir los cuidados rutinarios que deben seguir los pacientes con diabetes para prevenir úlceras del pie diabético.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la ADA (American Diabetes Association) existen una serie de medidas para el buen control glucémico de los pacientes diabéticos como son (5,6):

- Mantener una alimentación equilibrada y saludable, basándose en alimentos frescos; limitando el consumo de grasas saturadas y ultraprocesados, ya que estos presentan altos contenidos en azúcar.
 - Regular las cantidades de alimento, utilizando platos de menor tamaño para no superar las cantidades recomendadas.
 - Mantener una rutina de ejercicio diario, un mínimo de 30 minutos diarios de actividad física moderada.
 - Conocer las cifras de glucosa en sangre recomendadas en cada periodo del día, además del nivel de hemoglobina A1c.
 - Abandonar el hábito tabáquico, ya que este aumenta el riesgo enfermedades cardiovasculares y diabetes.
- Además, los pacientes con diabetes deben seguir unos cuidados rutinarios para prevenir la aparición de úlceras del pie diabético, como son:
- Realizarse una inspección diaria de los pies.
 - Protegerse los miembros inferiores del frío y del calor.
 - Lavado diario con agua tibia y jabón, realizando un secado minucioso entre los pliegues interdigitales.
 - Aplicación posterior a la limpieza de crema hidratante para evitar roces.

- Mantener el pie seco para evitar la aparición de hongos.
 - Cortar las uñas de forma recta.
 - Usar calzado en todo momento revisando que no haya nada en su interior, para evitar accidentes o punciones con objetos.
 - Ir a comprarse el calzado a primera hora del día cuando los miembros inferiores no se encuentren hinchados.
- Todas estas medidas ayudan a los pacientes diabéticos a prevenir la aparición de úlceras del pie diabético, aun así, deben realizar una visita anual (pacientes de bajo riesgo) o cada 3-6 meses (pacientes de riesgo medio y alto) a consulta de enfermería para se lleve a cabo una valoración completa sobre los pies. Esta valoración consistirá en:
- Inspección: se valorará si existen alteraciones de la marcha, dérmicas, articulares, morfológicas u ortopédicas, tales como rojeces, palidez o cianosis; grietas, dedos en garra, onicopatías, queratopatías o xerosis; pie cavo, plano o de charcot.
 - Valoración: se realizará una valoración completa de la sensibilidad superficial y profunda, exploración vascular y sensitivo motora.
 - Sensibilidad superficial.
 - Térmica: a través de cilindros con polos a diferentes temperaturas.
 - Táctil: mediante el pincel.
 - Dolorosa: por medio de un punzón de punta roma.
 - Sensibilidad profunda.
 - Protectora: mediante el monofilamento 5.07 de Semmes-Weinstein.
 - Vibratoria: a través del Diapasón 128Hz.
 - Exploración sensitivo motora. Por medio de la exploración de reflejos aquileos.
 - Exploración vascular: mediante la palpación de los pulsos con doppler o ITB (índice tobillo-brazo; Fórmula=presión sistólica de la arteria pedio o tibial posterior/ presión sistólica de la arteria braquial).
 - Palpación: palpación de pulsos de las arterias tibiales posterior y pedia. En caso de no encontrarlas se buscarían los pulsos poplíteos y femorales.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de las medidas adecuadas para el control glucémico y el cuidado rutinario que debe llevarse en los pacientes diabéticos es clave para la prevención de la aparición de las úlceras del pie diabético. Tanto por los propios pacientes, mediante el autocuidado (inspección diaria de los pies, higiene adecuada, calzado correcto, conocimiento de signos de alarma etc.), como por los profesionales de enfermería, realizando una exhaustiva valoración (inspección, valoración y

palpación), como una adecuada educación sanitaria que permita a los usuarios tener todos los conocimientos necesarios. Todas estas medidas conllevarán en un control glucémico óptimo y por consecuencia en la reducción de los factores de riesgo de aparición de úlceras del pie diabético.

6 Bibliografía

1. Lim JZM, Ng NSL, Thomas C. Prevention and treatment of diabetic foot ulcers. J R Soc Med [Internet]. 2017 [citado el 19 de agosto de 2023];110(3):104–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28116957/>.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care [Internet]. 2011 [citado el 19 de agosto de 2023];34(Supplement_1):S62–9. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/34/Supplement_1/S62/25845/Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes-Mellitus.
3. Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, Landgraf R, Nauck M, Freckmann G, et al. Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. Exp Clin Endocrinol Diabetes [Internet]. 2019;127(S 01):S1–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/a-1018-9078>.
4. Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. Phys Ther [Internet]. 2008 [citado el 19 de agosto de 2023];88(11):1254–64. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/88/11/1254/2858146?login=true>.
5. Diabetes [Internet]. Paho.org. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
6. La Diabetes y la Comunidad Latinx [Internet]. Diabetes.org. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://diabetes.org/la-diabetes-y-la-comunidad-latinx>.

Capítulo 34

FASE PREANALÍTICA DE RECOGIDA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS DE SANGRE VENOSA EN ADULTOS POR ENFERMERÍA

CLARA ROSA QUINTANA FERNÁNDEZ

MARÍA TERESA GARCÍA VÁZQUEZ

1 Introducción

La extracción de muestras sanguíneas es una práctica habitual en el ejercicio de la profesión enfermera en la práctica clínica diaria. Se realiza en ámbitos diversos, tanto en centros de atención especializada como de atención primaria, unidades de cuidados intensivos, unidades de hospitalización...

La recogida de muestras sanguíneas de sangre venosa se puede realizar por venopunción o a través de un catéter venoso periférico o central. Para la recogida a través de un catéter se debe desechar un volumen de sangre para evitar la alteración de los resultados. En los pacientes críticos, que frecuentemente precisan la realización de esta técnica, ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos, se suele obtener a través de catéteres vasculares para minimizarle el dolor y la ansiedad, evitando las continuas punciones.

Para un correcto diagnóstico y tratamiento médico es necesario unos resultados fiables, ya que el 60-70% de la decisión médica se basa en los resultados de laboratorio.

Para la fiabilidad de los resultados obtenidos se han de tener en cuenta los factores que pueden alterarlos.

El procedimiento de extracción de muestras sanguíneas se divide en tres fases: fase preanalítica, fase analítica y fase postanalítica.

- La fase preanalítica se compone de las acciones realizadas previo a la llegada de la muestra al laboratorio. Comprende actividades tales como la identificación del paciente, la toma de la muestra, su almacenamiento y su transporte.
- La fase analítica sería aquella realizada en el interior del laboratorio. No sería eficiente si en la fase preanalítica se han cometido errores, ya sea por un error en la identificación, manipulación u obtención de la muestra, y los valores podrían verse alterados.
- Y la fase postanalítica es aquella en la que se interpretan los resultados. Principalmente, es en la fase preanalítica donde se producen los errores (entre el 17-75% del total, según algunos artículos). Por ello, procederemos a identificar los principales errores cometidos en esta fase, llevada a cabo principalmente por el personal de enfermería, y a describir el procedimiento a realizar.

2 Objetivos

General:

- Conocer las fases del proceso de recogida de muestras sanguíneas.
- Describir el procedimiento de la fase preanalítica de la recogida de muestras sanguíneas de sangre venosa en adultos por parte del personal de enfermería.

Específicos:

- Identificar los principales errores cometidos en la fase preanalítica de la recogida de muestras sanguíneas.
- Explicar la adecuada recolección de muestras sanguíneas de sangre venosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La fase preanalítica abarca desde la realización de la petición hasta la llegada de la muestra al laboratorio para ser analizada. Se compone de varias etapas e intervienen diferentes personas en cada una.

Previo a la recogida de la muestra, se han de tener en cuenta los cuidados previos a seguir por parte del paciente: ayuno o dieta, el no consumo de alcohol, drogas de abuso, fármacos ni tabaco y la no realización de ejercicio físico intenso, entre otras.

Cuando es preciso un periodo de ayuno, debe ser mínimo de 8 horas, evitando ayunos superiores a 16 horas, según algunos estudios, permitiéndose la ingesta de agua, no permitiéndose el consumo de chicles. El ayuno no es necesario en caso de emergencias ni de parámetros para los que exista evidencia de que no lo requieran.

El consumo de alcohol puede alterar las concentraciones plasmáticas de glucosa, ácido láctico y triglicéridos, entre otros valores. Algunas recomendaciones indican evitar el consumo de alcohol en las 24 h previas a la extracción.

Entre las alteraciones que puede causar el tabaquismo previo a la recogida de muestras cabe destacar la disminución de la concentración del colesterol HDL y alteraciones en el volumen corpuscular medio, concentración de eritrocitos y de leucocitos.

En cuanto al tratamiento farmacológico, puede ser necesaria la indicación de la última dosis y hora de administración, si es el caso de precisar modificaciones en el tratamiento con anticoagulantes, antiepilépticos o tratamientos hormonales.

En los 15 minutos previos a la toma de la muestra debe guardarse reposo y evitar el ejercicio físico intenso en las 24 h previas, ya que este favorece el nivel sérico de actividad de determinadas enzimas como la creatina, quinasa, aldolasa o aspartato aminotransferasa.

En cuanto a la técnica, estos serían los pasos a seguir:

1. Presentarse, identificar correctamente al paciente, explicar procedimiento y pedir su cooperación.
2. Comprobar que las condiciones necesarias para realizar la extracción se cumplan:
 - Si refiere temor ante la venopunción, es posible que experimente una reacción vasovagal durante o tras la extracción. En estos casos, vigilar síntomas vagales y realizar el procedimiento con el paciente en decúbito.
 - Comprobar ayuno, tomas previas de medicación a monitorizar...

3. Colocar al paciente en una posición cómoda (sentado o acostado) con el brazo extendido sobre una superficie plana.
 4. Comprobar detalles de la petición médica.
 5. Realizar lavado de manos. Preparar material a utilizar: compresor, guantes limpios no estériles, antiséptico, sistema de extracción de sangre con sistema de seguridad, tubos de extracción de sangre detallados en la petición médica, gasas, apósito, contenedor de objetos punzocortantes. Colocar el material al alcance. Comprobar fecha de caducidad de los tubos, ya que tras esa fecha pueden perder vacío o sufrir el aditivo deterioros.
 6. Seleccionar vena a puncionar. Desinfectar la zona con antiséptico.
 7. Colocación de guantes.
 8. Colocar compresor 8-10 cm por encima del lugar seleccionado. Se aconseja no mantenerlo por tiempos mayores de 1-2 minutos. Puede aplicarse calor o masajear la zona en dirección opuesta al flujo venoso para favorecer la vasodilatación. No debe utilizarse en el análisis clínico de lactato o de calcio.
 9. Con la mano no dominante fijar la vena, introducir con la otra mano la aguja en ángulo de 20-30° con el bisel hacia arriba, en dirección contraria al flujo sanguíneo.
 10. Observar la aparición de sangre en el sistema de extracción y conectar los tubos con vacío. Comprobar que se recoge la cantidad necesaria en cada uno.
 11. Una vez recogida la muestra, soltar el compresor antes de extraer la aguja. Aplicar un apósito o gasa sobre el punto de punción. Tras retirar aguja, solicitar al paciente que aplique una presión moderada sobre el apósito unos 2-5 minutos, 5-10 minutos en caso de pacientes anticoagulados, manteniendo el brazo estirado, sin frotar, para evitar hematomas y pérdida de sangre.
 12. Eliminar el material contaminado en el contenedor de residuos biológicos. Recoger el material utilizado, retirarse guantes y realizar higiene de manos.
 13. Identificar los tubos correctamente y enviarlos a laboratorio.
- Está recomendado extraer las muestras de sangre venosa por venopunción, pero en determinados casos, como es en pacientes de cuidados intensivos, que precisan hacer múltiples analíticas en un mismo día, se aconseja realizarla a través de catéteres venosos. Está indicado desechar un volumen de sangre (volumen de descarte) para evitar alteraciones en los resultados.

Los principales errores cometidos en la fase preanalítica relacionados con la toma de la muestra, realizada por el personal de enfermería, serían los siguientes:

- Identificación del paciente.
- Desinfección de la zona de punción.
- Llenado de tubos.

Para una identificación adecuada, se han de realizar al menos dos preguntas: nombre y apellidos y fecha de nacimiento. Opcionalmente, pueden realizarse otras preguntas adicionales, como dirección en la que reside, DNI...

En lo referente a la desinfección, el error radica en el antiséptico a utilizar y en el tiempo de espera desde su aplicación. Se recomienda aplicarlo realizando círculos concéntricos y dejando secar completamente (por riesgo de producir hemólisis en caso contrario), respetando los tiempos de actuación del antiséptico elegido. Se recomienda no volver a palpar la zona tras su aplicación.

Se recomienda el uso de clorhexidina en solución acuosa o alcohólica al 2%, solución alcohólica al 0,5% o alcohol de 70° con movimientos circulares. Se desaconseja el uso de compuestos yodados por producir alteraciones en los resultados, excepto en el caso de extracción de sangre para hemocultivos.

En el caso de los hemocultivos, se utilizarían guantes estériles, se desinfecta zona a puncionar con povidona yodada en círculos concéntricos de dentro hacia afuera, repitiéndose el proceso, utilizando alcohol de 70° en caso de alergia a la povidona yodada.

En cuanto al orden de los tubos, según las fuentes consultadas no hay consenso ni evidencia sólida que avale un único orden correcto y, por tanto, se recomienda hacer uso de las recomendaciones de cada laboratorio.

Se debe comenzar por los frascos de hemocultivos, primero el aerobio seguido del anaerobio si se extrae con palomilla. A continuación, el tubo de coagulación (citrato sódico) o tubos sin aditivos (bioquímica), no habiendo consenso en cuál extraer primero según algunas fuentes. Después, los tubos de heparina de litio, EDTA, tubos de velocidad de sedimentación y gasometrías.

Por otro lado, otro error común es la cantidad de sangre. En los tubos con aditivos es importante rellenarlos hasta consumir dicho vacío para que se halle en una proporción adecuada el aditivo y la sangre.

En cuanto al volumen, también se comete el error de transvasar sangre de un tubo que contenga EDTA a otro, modificando así los resultados de la prueba, ya que se fija el calcio a este aditivo y en el tubo de citrato se verían aumentados parámetros tales como el tiempo de tromboplastina y de tromboplastina parcial activada y el fibrinógeno.

Para evitar hemólisis en las muestras, se recomienda que la sangre extraída entre en el tubo resbalando por la cara interna de éste y luego no agitarlos bruscamente. Si no contienen aditivos, también se aconseja no agitarlos suavemente. Para conseguir una correcta homogeneización, todos los tubos con aditivos precisan ser invertidos suavemente 5 veces en el caso de los que contienen citrato y entre 8-10

en los que contienen heparina de litio y EDTA.

Además, tienen que ser llenados con el volumen correcto de sangre.

También se recomienda no golpear la zona a puncionar por la probabilidad de provocar una hemólisis capilar.

Otro fallo sería la hemodilución de la muestra, cuando esta se realiza a través de un catéter venoso o en un vaso adyacente a éste, cuando la sangre recogida se halla mezclada en los líquidos perfundidos al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En la fase preanalítica son más frecuentes los errores. Entre los principales fallos cometidos se hallan la manipulación de los tubos (orden de llenado, cantidad y su homogenización), la identificación del paciente y el uso adecuado del antiséptico. Por otro lado, una elevada demanda de trabajo, así como condiciones inadecuadas que exijan trabajar con rapidez, podrían suponer un riesgo mayor a cometer errores.

Con el fin de minimizar los errores, es necesario la estandarización del procedimiento de extracción de muestras sanguíneas mediante un correcto protocolo. Esto homogeneizaría los conocimientos de los profesionales sanitarios, mejorando la calidad asistencial y reduciendo así los costes sanitarios.

6 Bibliografía

1. Pérez-Juan E, Maqueda-Palau M. Análisis del volumen sanguíneo desechado para la extracción de analíticas en UCI. *Enferm Intensiva* [Internet] 2020 octubre [acceso 11 de agosto de 2023]; 31(4):162-169- Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.003>.
2. Sainz Navedo E, Alonso Blanco B, Lecue García M, Achútegui Napal M, Ruiz Martínez R, Sainz Sobremazas A. Revisión bibliográfica sobre el procedimiento de extracción de muestra sanguínea venosa periférica. *Nuber Científ* [Internet] 2018 [acceso 11 de agosto de 2023]; 3(23): 27-32.
3. Ballesteros Ugarte V, Giselle Trunzo C. Errores preanalíticos en el laboratorio clínico: enfoque desde la gestión de enfermería. *Sal. Cienc. Tec.* [Internet] 2021 [acceso 11 de agosto de 2023]; 1:27. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt202127>.
4. Simundic AM, Bolenius K, Cadamuro J, Church S, Cornes MP, van Dongen-Lases EC et al. Joint EFLM-COLABIOCLI Recommendation for venous blood sam-

pling. Clin Chem Lab Med [Internet]. 2018 junio [acceso 11 de agosto de 2023]; 56(12): 2015-2038. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/cclm-2018-0602>.

5. Castro-Olmo FJ, Morales-Fernández P, Alcaide-Martín MJ, Fernández-Puntero B, Quintana-Díaz M, Aceña-Gil V. Minimizar el volumen de descarte para la extracción de muestras sanguíneas en los pacientes críticos: ¿es factible?. Enferm Intensiva [Internet] 2023 enero-marzo [acceso 11 de agosto de 2023]; 34(1): 19-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.06.004>.

Capítulo 35

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES (CVC)

ALICIA MANRIQUE RUIZ

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

1 Introducción

Un catéter venoso central, también llamado vía central, es un dispositivo empleado en la práctica clínica para la extracción de sangre y la administración intravenosa de fluidoterapia, medicación, transfusiones de sangre o incluso alimentación parenteral.

Este tipo de vías venosas centrales tienen un papel fundamental en el tratamiento de pacientes que se encuentran hospitalizados, especialmente aquellos que se encuentran en las unidades de cuidados críticos o con largas estancias hospitalarias. La inserción de este tipo de catéteres se realiza bajo técnica estéril, realizado por profesionales formados para ello. Consiste en la punción de una vena de gran calibre para situar el catéter (tubo delgado, largo y flexible) en vena cava central.

Las venas de inserción pueden ser las venas yugulares, subclavias, braquiales o femorales.

Entre los diferentes tipos de CVC se encuentran las vías centrales, PICC, reservorios subcutáneos y catéteres tunelizados. Estos tipos de vías venosas aportan numerosas ventajas tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios, entre las que se encuentran evitar punciones para la extracción de analíticas, administración de grandes volúmenes de fluidos, administración simultánea de diferentes medicaciones, sangre, etc. Pero también conlleva riesgos importantes, ya que al tratarse de vías que acceden directamente a una vena de gran tamaño, el riesgo de infección grave es mayor. De ahí, radica la importancia de realizar unos cuidados específicos y minuciosos de estas vías.

2 Objetivos

- Dar a conocer las complicaciones asociadas al empleo de CVC.
- Dar a conocer los cuidados de enfermería para el correcto mantenimiento de estas vías centrales

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo ha sido realizada una búsqueda sistemática de artículos sanitarios, además se han consultado libros relacionados con dicho tema. Las bases de datos utilizadas han sido: Scielo, Pubmed y Medline. Se han empleado documentos escritos en español. Las palabras clave para realizar la búsqueda han sido: central, catéter, venoso.

4 Resultados

Resulta evidente que los catéteres venosos centrales aportan multitud de beneficios y ventajas en la práctica clínica de los pacientes hospitalizados. La inserción de estos dispositivos se ha convertido en una práctica habitual en la atención especializada y, más concretamente, en las unidades de cuidados críticos.

Permiten la administración de cualquier tipo de fluidoterapia por vía intravenosa, ya sea medicación, sueroterapia, hemoderivados, quimioterapia e incluso nutrición. Además, entre otras de sus ventajas nos encontramos con que permiten la realización de hemodiálisis o plasmaféresis, así como permitir la monitorización

invasiva del estado hemodinámico de un paciente. Además de la extracción de sangre de forma fácil y cero cruenta para él.

Pero la canalización de estos catéteres venosos centrales conlleva riesgos para el paciente, además de la posibilidad de aparición de complicaciones asociadas a los mismos y, todo ello, aumentaría la morbimortalidad de los pacientes que portan estos dispositivos. Así, podemos diferenciar entre complicaciones asociadas a la inserción del catéter o complicaciones asociadas al mantenimiento de estos.

Podríamos dividir las complicaciones en inmediatas o tardías. Dentro de las inmediatas nos encontraríamos con las derivadas de la punción a la hora de la inserción del CVC. Entre esas complicaciones aparecen la punción arterial en lugar de venosa (lo cual conllevaría otros problemas asociados como la aparición de hematomas, disección de la arteria puncionada o sangrado abundante, entre otras), neumotórax o hemotórax por la punción accidental de la pleura, la aparición de una arritmia cardíaca (debido a que la guía o el catéter entran en la cavidad cardíaca), embolismo aéreo o la mala colocación del catéter (la punta del catéter no se encuentra en la posición correcta o está fuera del sistema venoso). Para prevenir este tipo de complicaciones inmediatas, que la técnica la realice personal con experiencia resulta de una importancia vital. Del mismo modo, reducir el número de intentos conllevará menor probabilidad de aparición de complicaciones. Algo que puede ayudar notablemente a la inserción óptima y certera de estos catéteres es el uso de ecógrafo para guiar sobre el punto de punción, dirección, etc. Una vez colocado el CVC es imprescindible realizar una radiografía de tórax para comprobar su correcta posición.

Entre las complicaciones tardías, la más común o habitual son las infecciones derivadas de los CVC. La aparición de fiebre, hipotensión, escalofríos, mal aspecto del punto de punción o la aparición de microorganismos patógenos sin relación con la patología que sufre el paciente son signos que deben de alarmar sobre la posibilidad de infección derivada del catéter venoso central. Si aparecen estos síntomas es necesario comprobar mediante hemocultivos la aparición de microorganismos patógenos.

Más complicaciones tardías serían la aparición de trombosis venosa secundaria al trauma producido al llevar a cabo la punción y a la inflamación del endotelio venoso; estenosis venosa, rotura del catéter que puede migrar a través del torrente sanguíneo provocando una oclusión del torrente sanguíneo, perforación miocárdica, taponamiento cardíaco o daño de estructuras nerviosas.

La importancia de un correcto cuidado de los catéteres venosos centrales resulta evidente, y aquí es donde el personal de enfermería juega un papel fundamental. La necesidad de que las enfermeras y enfermeros conozcan a la perfección cuáles

son los cuidados que se han de realizar a paciente que portan este tipo de vías es muy importante, con el objetivo de un uso óptimo de estos catéteres que tantas ventajas aportan y de esta forma reducir al máximo las posibles complicaciones que de ellos se puede derivar.

Dentro de las acciones a llevar a cabo para reducir al máximo estas complicaciones se encuentran la higiene de manos, la técnica estéril en la inserción del catéter venoso central, limpieza de la piel del paciente con clorhexidina, evitar las vías de acceso femoral, retirar este tipo de catéteres a la mayor brevedad posible (siempre y cuando ya no sean necesarios) y realizar las curas de estos dispositivos de forma aséptica/estéril empleando clorhexidina.

La cura de estos tipos de vías es función de los profesionales de enfermería. Esta labor debe de realizarse de forma minuciosa y debe de realizarse tantas veces como sea necesario, siempre que el apósito se encuentre húmedo, sucio o suelto. El primer punto a tener en cuenta, como ya se ha comentado, es el correcto lavado de manos del personal que va a manipular el dispositivo. Debe de realizarse de forma estéril, utilizando guantes y gasas estériles tanto para la inserción del catéter como para la realización de la cura diaria.

Los apósitos empleados deben de ser permeables al vapor de agua con el objetivo de evitar la humedad y, con ello, la creación de campos de cultivo para posibles bacterias o diferentes microorganismos. También deben de ser cómodos para el paciente y de fácil manejo para los profesionales sanitarios. El empleo de apósitos transparentes facilita visualizar directamente el punto de punción sin necesidad de ser retirado, permite un control más minucioso de su estado y brinda una mejor barrera contra la suciedad.

Otros de los cuidados que se deben de llevar a cabo para reducir la aparición de complicaciones radica en el momento de la administración de diferentes soluciones a través de los CVC. La limpieza con un antiséptico, preferiblemente clorhexidina, de las diferentes luces de los catéteres reduce notablemente el riesgo de infección de los mismos. Otra medida radica en el uso exclusivo de una de las luces para la administración de nutrición parenteral en el caso de que el paciente la requiera.

El cuidado de cada una de las luces de estos dispositivos es muy importante. Mantenerlas permeables y limpias reduce las posibles infecciones y el deterioro o mal funcionamiento del CVC. Es vital lavar cada una de las luces con suero fisiológico tras la administración de los diferentes fluidos y mientras estas luces no sean utilizadas es necesario dejarlas heparinizadas y selladas para mantenerlas permeables y reducir el riesgo de infección.

5 Discusión-Conclusión

Los catéteres venoso centrales son utilizados en forma habitual en el medio hospitalario y permiten la infusión de cualquier tipo de fluidoterapia de forma rápida y sencilla. Son empleados sobre todo en las unidades de cuidados críticos y en paciente en los que la estancia hospitalaria será prolongada.

Conlleven numerosas ventajas, como son la administración de medicación, sueroterapia, hemoderivados, nutrición o quimioterapia, entre otros. Además, permite realizar técnicas de depuración sanguínea como hemodiálisis y plasmaféresis así como extracción de sangre de forma sencilla, sin tener que pinchar de forma recurrente al paciente. También permite monitorizar el estado hemodinámico del paciente.

Aunque aporten numerosas ventajas, no están exentos de riesgos y complicaciones. Dentro de estas complicaciones, la más habitual y que más aparece es la de infección del catéter o asociada al mismo. Otros riesgos son el sangrado, la punción arterial en lugar de venosa, neumotórax o hemotórax, arritmias cardíacas, embolia a causa de rotura del catéter, etc.

De todo ello resulta de vital importancia conocer los cuidados de este tipo de catéteres. Desde realizar un buen lavado de manos previa inserción hasta curar lo CVC de manera estéril. Pasando por la correcta desinfección de la zona de punción y de las diferentes luces del dispositivo con clorhexidina manteniéndolas lavadas y selladas. Todo ello nos ayudará a reducir el riesgo de las complicaciones derivadas del empleo de los catéteres venosos centrales.

6 Bibliografía

- 1- Perin DC, Erdmann AL, Higashi GDC, Sasso GTM. Evidence-based measures to prevent central line-associated bloodstream infections: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2787. [Access 05/10/2023]; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bRHMs4xMRK9HthwQbCXSNYS/?format=pdf&lang=es>
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1233.2787>.
- 2- Borba Mesiano ERA, Merchán-Hamann E. Infección de corriente sanguínea en paciente con catéter venoso central en unidad de cuidados intensivos. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2007 [Consultado 10 May 2023]; 15(3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5VnJw9g7Vjmf5mDv66cLVd/>

Capítulo 36

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA, UNA OPORTUNIDAD PARA LA ENFERMERÍA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

1 Introducción

La curación y cuidado de las heridas es una tarea que ha acompañado al ser humano durante toda su historia. En la actualidad, con el aumento de la calidad de vida, las personas viven más años, y con el consiguiente avance de la edad, las heridas aparecen con mayor facilidad, así como su cronicidad y complicaciones. Además de la edad, existen múltiples y variados factores que pueden alterar el proceso de cicatrización de las mismas, por lo que su terapéutica supone un reto para el equipo asistencial.

A pesar de los avances médicos, las heridas crónicas y de difícil abordaje continúan siendo un desafío y una importante causa de incapacidad, morbilidad y mortalidad entre los pacientes. Por ello, surge la necesidad de buscar otras estrategias alternativas que faciliten su tratamiento, como es la estimulación eléctrica,

los ultrasonidos, láser o la presión negativa, una terapia que cada vez cobra más protagonismo en el ámbito sanitario. Aunque esta ya se utilizaba hace años, sus demostrados beneficios hacen que la técnica evolucione, apareciendo cada vez más sofisticados dispositivos que mejoran la calidad de vida de los pacientes y facilitan el trabajo del equipo asistencial.

La terapia de presión negativa (TPN) es en un sistema activo y no-invasivo, que ejerce una presión negativa local controlada sobre la herida, acelerando su cicatrización. Hoy en día, es aplicable a cualquier tipo de lesiones que ocasionen pérdidas de la integridad cutánea, no solo en heridas crónicas, sino también en aquellas que no responden a la terapia convencional y las que suponen elevados gastos al Sistema Nacional de Salud (SNS).

2 Objetivos

- Valorar la efectividad y las ventajas o posibles inconvenientes en el uso de la TPN y evaluar por qué no se utiliza en la práctica diaria en la enfermería.
- Conocer si, gracias a su uso, disminuye la carga asistencial enfermera y/o la hospitalización.
- Conocer la relación coste-efectividad de su uso, así como sus efectos adversos

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Hasta principios del año 1960, las curas de las heridas se realizaban de forma “seca”, lo que consistía en limpiar la herida y secarla con variados tipos de tópicos, provocando así una profunda epitelización de la herida. Con el paso de los años y con el perfeccionamiento de la técnica, aparece lo que se conoce como cura “húmeda”, manteniendo el lecho de la herida aislado del medio ambiente exterior, lo que favorece su cierre y curación. Es así como aparecen los sofisticados

y avanzados productos y técnicas de las que la enfermería dispone hoy en día, entre ellos la TPN.

En los documentos revisados se estudia la aplicación de la TPN en diferentes heridas: úlceras neuropáticas, úlceras por presión, úlceras venosas, pie diabético, úlceras isquémicas, traumatismos, injertos, postquirúrgicas... siendo todas ellas complejas y de difícil cicatrización. En la mayoría de ellos, se estudia y compara el uso del tratamiento convencional mediante el uso de antisépticos y apósitos, con el empleo de la TPN en las heridas mencionadas mediante el estudio y seguimiento de casos. A su vez, se estudia y valoran algunas variables, como son el tiempo de cicatrización de las heridas, relación coste-efectividad, tiempo de estancia hospitalaria, molestias en los pacientes o gasto de recursos hospitalarios. González (2014) estudia un caso en el que se aplica la TPN en una paciente tras cirugía de raquis que no responde a la terapia convencional, consiguiendo una resolución de la herida compleja en aproximadamente dos meses y medio, evitando así un ingreso prolongado, una mejor calidad de vida de la paciente y un menor gasto de los recursos hospitalarios.

En el artículo publicado por Ortega et al. en el año 2011 se estudia la aplicación de la TPN en seis pacientes diferentes, todos ellos postquirúrgicos, con heridas que no respondían favorablemente a la terapia convencional. Los resultados obtenidos son:

- Caso 1: paciente con lesión cortante en región toracolumbar. A los seis días de tratamiento con la TPN se consigue el cierre de la herida por segunda intención, con una evolución satisfactoria y obteniendo el alta hospitalaria a los ocho días de la implantación de la TPN.
- Caso 2: paciente con abdomen agudo. A los 55 días de estancia hospitalaria, se aplica la TPN, concluyendo el tratamiento 26 días después, pasando la paciente a quirófano para el cierre definitivo de la herida abdominal
- Caso 3: paciente intervenido de apendicectomía. Tras 23 días de estancia hospitalaria debido a la complicación de la herida, se comienza la aplicación de la TPN. 14 días después, se observa una evolución satisfactoria, consiguiendo el alta hospitalaria dos días después.
- Caso 4: paciente intervenida de anastomosis de colon. A los 24 días de estancia hospitalaria, tras complicación de la herida, se aplica la TPN. Al realizar el primer cambio a las 48 horas, se observa una importante limpieza de la herida, apareciendo tejido de granulación y retracción de la herida en 3 cm. A los 17 días de comenzar la terapia, esta se retira, presentando la paciente una importante mejoría y pudiendo cerrar la herida por segunda intención. 5 días después, recibe el alta hospitalaria.

En la investigación llevada a cabo por Buendía et al. (2011), se estudia la aplicación de la TPN en cinco casos diferentes de pacientes que, igualmente, no responden a la terapia convencional, obteniendo los siguientes resultados:

- Caso 1: paciente con fístula perianal compleja multirrecidivante intervenida en más de 20 ocasiones, a la que se le realiza una amputación abdomino-perineal. Tras empeoramiento de la herida, se aplica la terapia de vacío en modo intermitente. A las dos semanas de tratamiento, la paciente ya presenta una disminución del defecto, apareciendo abundante tejido de granulación, pudiendo realizar así el cierre de la herida mediante colgajos e injertos de piel.
- Caso 2: paciente con necrosis de pared abdominal que requirió varias intervenciones quirúrgicas, sin conseguir un cierre completo de la herida. Se comienza aplicar la TPN, continuando con la misma de manera ambulatoria al presentar una mejoría evidente, llegando a lograr un cierre directo de la lesión.
- Caso 3: paciente con celulitis en miembro inferior derecho (MID) tras intervención quirúrgica con pérdida de sustancia. Se instaura la TPN de modo continuo durante 8 días, consiguiendo controlar la infección y pudiendo injertar la zona.
- Caso 4: paciente con absceso en pared abdominal intervenido sucesivas veces. Se desbrida la herida de forma quirúrgica y se coloca la TPN durante 5 días. Tras este tiempo, se logra el cierre de la herida bajo anestesia local.
- Caso 5: paciente que presenta una escara necrótica en superficie lateral del tobillo izquierdo. Se instaura la TPN en modo continuo durante 15 días, tras los que se decide realizar un injerto debido al buen aspecto de la úlcera.

Tras la revisión bibliográfica de la literatura, se puede constatar que existe gran cantidad de información sobre heridas de difícil cicatrización tratadas con la TPN en los últimos 8 años, una técnica utilizada desde mucho antes. Aunque los ensayos clínicos aleatorios son escasos, en todos ellos los casos evaluados se han visto favorecidos por el uso de la TPN.

Por otra parte, se han hallado autores, en menor número, que manifiestan que, pese a la gran cantidad de información acerca del uso de la TPN, los estudios realizados carecen de rigor metodológico, haciéndose necesarias más investigaciones de mayor evidencia científica.

En todos los documentos revisados se manifiesta que el uso de esta terapia evidencia de manera innegable una gran mejoría en cuanto al proceso de cicatrización de la herida, reduciendo así la estancia hospitalaria de los pacientes que la reciben y mejorando su calidad de vida, a la vez que la carga asistencial.

En cuanto a su coste-efectividad, existen discrepancias en si su uso es rentable debido a su impacto económico en comparación con la terapia convencional, a pesar de disminuir notablemente el tiempo de estancia hospitalaria.

A su vez, todos los documentos establecen que para un correcto funcionamiento del dispositivo es necesario un previo desbridamiento y limpieza de la herida previamente a la aplicación de la terapia, estando contraindicada en algunos casos como heridas con órganos o grandes vasos visibles, heridas con tejidos malignos o necróticos.

En cuanto a la observación pasiva de los profesionales durante la instauración de la terapia en sus pacientes, se ha podido observar que desconocían la técnica, teniendo que recurrir a la información que proporciona la caja del propio dispositivo, o bien solicitando la ayuda de otro profesional en todas las situaciones.

En todo caso, ninguno de ellos dominaba la correcta colocación de la TPN en la herida sin ayuda.

En cuanto a la opinión personal de cada uno acerca de la evolución de los cuidados de enfermería gracias a la tecnología, las respuestas obtenidas son diversas. Seis de los entrevistados responden con una valoración positiva sobre esta evolución, la cual favorece la mejor calidad de vida del paciente y organización del tiempo. A su vez, uno de ellos refiere que la enfermería debería aplicar los descubrimientos en su trabajo diario. Por otra parte, el séptimo entrevistado aporta una valoración negativa, basándose en que el alumnado enfermero recibe mucha formación y manejan con soltura las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), pero no saben realizar cuidados básicos del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar la búsqueda bibliográfica se puede concluir que las fases que forman el proceso de cicatrización tienen una secuencia previsible, pero a veces pueden aparecer contratiempos que hagan que este proceso se alargue, o incluso se interrumpa. Es por eso que identificar los factores que alteran este proceso de forma precoz es competencia del equipo sanitario, para así poder evitar o minimizar las posibles complicaciones.

La cura de las heridas en un ambiente húmedo favorece la formación de tejido de granulación, disminuyendo el tiempo de cicatrización, al contrario de lo que ocurre con la terapia convencional realizando la cura seca. Para la curación de cualquier tipo de herida, siempre se debe realizar previamente una evaluación integral del estado general del paciente, así como de la herida.

La TPN es un método no invasivo que, gracias a presiones negativas controladas, favorece la cicatrización de las heridas en un ambiente húmedo y asilado del medio exterior, estimulando la angiogénesis y el crecimiento de tejido de granulación, a la vez que elimina el exceso de líquido y exudado y disminuye la carga

bacteriana.

Existen numerosas investigaciones que prueban la eficacia y beneficio de la TPN en heridas de difícil cicatrización, sin existir constancia de casos registrados de mortalidad.

Esta terapia presenta algunas posibles complicaciones, aunque escasas, siendo éstas las reacciones de la piel al adhesivo, dolor por exceso de presión ejercida, olor intenso, riesgo de úlceras por presión (UPP) en la piel perilesional o hemorragias. Actualmente, su uso está cobrando gran protagonismo entre el personal sanitario, como una terapia adyuvante tras el desbridamiento de dichas heridas. Esta terapia favorece la evolución de las heridas, habitualmente utilizada en el ámbito hospitalario, aunque actualmente también comienza a utilizarse en el domicilio del propio paciente. Gracias a esto, la autonomía del mismo aumenta, y con ello su calidad de vida y la de su familia.

La enfermería juega un papel fundamental en cuanto al uso de esta novedosa técnica, la cual es utilizada desde hace años. Con el uso de la TPN, la enfermería puede distanciar más las curas de las heridas hasta incluso 7 días, con lo que se disminuye de manera evidente la carga asistencial, favoreciendo a su vez la comodidad del paciente, al no tener que someterse a curas diarias.

Pese a que cada vez hay más investigadores que indagan sobre los beneficios de esta terapia y su puesta en práctica en la asistencia sanitaria, su rentabilidad en cuanto a la relación coste-efectividad sigue siendo un debate pendiente de resolver, ya que esta terapia es una estrategia terapéutica de alto coste económico, que a la vez reduce la necesidad de hospitalización y favorece el distanciamiento de las curas, lo que lleva a una sustancial disminución de los gastos de material sanitario.

Se debe hacer hincapié en formar al personal de enfermería sobre los conocimientos y las capacidades necesarias para llevar a cabo los cuidados más adaptados a cada herida. Se deberían establecer protocolos, guías y cursos de formación de forma obligatoria para asegurar un correcto y seguro empleo de la TPN por parte de la enfermería, que es el colectivo que más se ve implicado en su uso.

Por otra parte, apenas existe documentación acerca del uso de esta terapia en pacientes pediátricos, por lo que se hace necesario realizar más estudios para determinar su eficacia en este colectivo, evaluando detalladamente sus beneficios y consecuencias.

6 Bibliografía

1. Benito Cuesta, A. M., Carretero Cruz, F., García Planell, V., Montseny

Broto, G. (2010). Cuidados de enfermería en heridas tratadas con presión negativa.

Disponible en: http://salud.asepeyo.es/wp-content/uploads/2010/10/512_HeridasPresionNegativa.pdf

2. Buendía Pérez, J., Vila Sobral, A., Gómez Ruiz, R., Qiu Shao, S. S., Marré Medina, D., Romeo, M., et al. (2011). Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa. Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 37(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S037678922011000500010&script=sci_arttext&tlng=en&others

3. Caballero Muñoz, R., Cabot Mota, L., Enguita Legido, E. y Jiménez González, C. (2012). Terapia de presión negativa tópica V.A.C. Memoria Científica. Curso llevado a cabo en el XII Congreso Nacional Sociedad Española de Traumatología Laboral (SETLA), MC Mutual, Vigo.

4. César Eduardo Jiménez, M. D. (2008). Curación avanzada de heridas. *Revista Colombiana de Cirugía*, 23(3). Disponible en: <http://ascolcirugia.org/revista/revistajulioseptiembre2008/146-155.pdf>

5. Corella Calatallud, J. M., Mas Vila, T., & Tarragón Sayas, M. A. (2001). Breve crónica histórica del cuidado de las heridas. *Enfermería integral*. Disponible en: <http://www.elgotero.com/Arcrivos%20PDF/Cuidado%20de%20las%20Heridas.pdf>

6. Deluchi Levene, A. (2008). Breve historia de la curación de las heridas. *Revista Fórum*, 8(1). Disponible en: <http://cacvyl.org/numeros-anteriores/vol-8-n1-mayo-de-2006/historia-heridas/>

7. European Wound Management Association (EWMA). (2004). Preparación del lecho de la herida en la práctica (3). Londres: MEP Ltd. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/issues/452/files/content_9905.pdf

8. Flores Montes, I. (2008). Intervenciones de enfermería en el manejo avanzado de heridas a través de terapia asistida por vacío. *REVISTA MEXICANA DE Enfermería CARDIOLÓGICA*, 16(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en081e.pdf>

9. García Lozano, M. A. (2014). TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS. Zaragoza: SlideShare. Disponible en: <http://es.slideshare.net/aduyan/81>

20140324terapia-presion-negativa?related=2

10. GASTELU-ITURRI BILBAO, J., & ATIENZA MERINO, G. (2005). Evaluación de la eficacia y seguridad de la presión negativa en el tratamiento de heridas crónicas. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías

Sanitarias de Galicia. Disponible en: http://www.sergas.es/gal/servicios/docs/AvaliacionTecnoloxias/VAC%20CT2005_01.pdf

11. González Hernández, L. (2014). APLICACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS QUIRÚRGICAS A PROPÓSITO DE UN CASO (trabajo fin de grado). Universidad de Valladolid, España.

12. Guía de Técnicas de Aplicación de Vivano®. Vivano®: el sistema de TPNT de última generación. Mataró: Laboratorios HARTMANN S.A.

13. Heredia, S. (2014). En qué consiste el concepto Rapport. UntelBLOG. Disponible en: <http://www.utel.edu.mx/blog/rol-personal/en-que-consiste-el32-concepto-rapport/>

14. Heridas y lesiones. (2014). MedlinePlus. San Francisco: University of California. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/woundsandinjuries.html>

15. Jefatura del Estado. (1999). Ley No. 15. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) No. 298, del 14 de diciembre de 1999. España.

16. Lonardi, P. (2011). La entrevista en profundidad. Diario de tesis. Disponible en: <http://diariodetesisdemaestria.blogspot.com.es/2011/01/la-entrevistaenprofundidad.html>

17. Luque Oliveros, M. (2015). LOS CIMIENTOS Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DELAS HERIDAS QUIRÚRGICAS DE LA ANTIGÜEDA. Disponible en: <http://myslide.es/documents/los-cimientos-de-las-heridas-enlaantigüedad.html>

18. Medina Alcázar, L. (2014). Terapia por presión negativa en el pie diabético (trabajo fin de grado). Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaen, España.

19. Monsonís Filella, B. (2013). Abordaje en las heridas de difícil cicatrización (trabajo fin de grado). Universitat de Lleida, España.

Capítulo 37

LA ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS TRANSFUSIONES

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

1 Introducción

La transfusión de sangre es uno de los procedimientos terapéuticos que se realiza con mayor frecuencia en el ámbito sanitario. Cada acto transfusional forma parte de una cadena en la que están implicados varios agentes.

Comienza con la selección de los donantes o aquellas personas de las cuales se obtienen los productos sanguíneos, continua con el procesamiento para obtener los distintos hemocomponentes, el almacenamiento de forma óptima y la distribución de la sangre, finalizando cuando un paciente que lo necesita recibe la transfusión de sangre.

Los servicios de transfusión son servicios especiales dentro de un hospital, en primer lugar, por la particularidad de las actividades que se desarrollan en ellos, y en segundo lugar porque su apoyo resulta imprescindible en la actividad asistencial de los hospitales de alta complejidad, debiendo estar preparados para dar soporte a las necesidades transfusionales de todo el hospital durante las 24 horas

del día, a veces con carácter de suma urgencia. La transfusión de componentes sanguíneos puede salvar vidas, pero no está exenta de riesgos para la seguridad de todos los agentes implicados en el acto transfusional.

Algunos de estos riesgos pueden ser graves e incluso resultar mortales. En este capítulo se analizan aquellos puntos que pueden ser claves para garantizar la calidad y la seguridad del acto transfusional y preservar la salud y la integridad no solo de los donantes y receptores de la transfusión, también de todos aquellos que participan de forma activa en cada transfusión de sangre atendiendo a donantes, procesando, manipulando o llevando a cabo el último eslabón de la cadena con la administración del producto sanguíneo al receptor indicado.

2 Objetivos

- Describir cuáles son los principales factores que ayudan a garantizar una adecuada seguridad de todos los agentes implicados en el acto transfusional.
- Mostrar las actuaciones de enfermería en el acto transfusional.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las normas legales vigentes en España en cuanto a los actos transfusionales se refiere.

También se han consultado páginas de sociedades científicas expertas en acreditación en transfusión como la Fundación CAT, que es un organismo de acreditación dependiente y avalado por la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia que establece unos estándares de calidad y requisitos técnicos elaborados por Hematólogos especialistas en medicina transfusional.

Se han tenido en cuenta los informes de hemovigilancia que de forma periódica publica el Ministerio de Sanidad del gobierno de España. Y se han consultado bases de datos científicas como Pubmed o Medline.

4 Resultados

Todas las leyes y reglamentos vigentes en España se basan en la ley de transfusión en las pautas para prácticas transfusionales seguras establecidas por la

Organización Mundial de la Salud y las normas de seguridad transfusional en Europa.

La Real Norma es la que rige las especificaciones técnicas y condiciones mínimas de las instalaciones y servicios de hemodonación y transfusión en nuestra nación. 16 de septiembre de 2005, decreto 1088/2005. Como uno de los puntos que ayuda, identifica el principio de altruismo y la voluntariedad de la donación caritativa para garantizar la seguridad del hemoderivado.

Además, el proceso de selección de donantes y el cumplimiento de las normas legales de sangre y componentes sanguíneos. Cap. IV.

Están prohibidas todas las transfusiones de sangre y la ley establece los procedimientos adecuados para la prescripción y administración de la sangre y sus componentes.

El médico debe haber prescrito inicialmente los análisis de sangre que se realizaron.

Además, dedica un artículo a explicar cómo identificarse.

Antes de la transfusión, se tomaron muestras de sangre tanto del donante como del receptor.

Antes de administrar el componente sanguíneo, se deben tomar una serie de precauciones de seguridad, como se indica en el artículo 19. Sistemas de hemovigilancia: Los sistemas de hemovigilancia son uno de los componentes clave para garantizar la seguridad de las transfusiones de sangre realizadas. Se basan en Programas de Seguridad Transfusional Sanguínea de la Organización de Salud mundial.

Las funciones de la estructura de hemovigilancia incluyen detección y recopilación y análisis de información sobre efectos nocivos e inesperados de la donación de sangre y las transfusiones son parte del proceso de transfusión.

En España existe una red estatal de vigilancia sanitaria: la Unidad de Hemovigilancia de la administración, las 17 comunidades, y la central. Local, autonómico y estatal son los tres niveles en los que se organiza el Sistema.

Un beneficio de los sistemas de hemovigilancia es la reducción de errores y fallas a lo largo de la cadena de transfusiones.

Ayuda a correr la voz sobre eventos para poder identificar dónde y por qué ocurren los errores, así como los hechos que de alguna manera han rodeado el incidente. También ayuda a garantizar la seguridad de todas aquellas partes involucradas en el proceso de transfusión a reducir la probabilidad de que los trabajadores de la salud cometan errores.

5 Discusión-Conclusión

El cumplimiento incondicional de la normativa vigente en materia de seguridad transfusional es el primer paso que deben cumplir todas las instalaciones sanitarias que desarrollan su actividad en el ámbito de la medicina transfusional.

La hemovigilancia es otro de los puntos clave que ayuda a garantizar la seguridad de todos los eslabones de la cadena transfusional, reportando beneficios no solo para los donantes y receptores de la transfusión sanguínea, sino también para todo el personal sanitario que participa en el acto transfusional, ayudando a identificar errores y a implementar soluciones para que estos no se repitan.

Todas las organizaciones deberían tener claro que se deben notificar todos los eventos adversos que se puedan producir. Prestar un servicio con calidad acreditada en el ámbito de la Medicina Transfusional, debería ser el objetivo de toda instalación sanitaria donde se realizan funciones relacionadas con cualquier acto de la cadena transfusional, ya que la acreditación supone un paso para la mejora continua de la calidad que toda organización sanitaria debe perseguir.

6 Bibliografía

1. Grimshaw K, Sahler J et al. Transfusion. 2011 Apr; 51(4):874-80.
2. Comisión de Hemovigilancia de Cataluña. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Informe 2020 [Internet]. [Madrid]. [Acceso 01/10/2022]. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/hemovigilancia/docs/Informe2020.pdf>.
3. REAL DECRETO 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. Boletín oficial del Estado, núm. 225, de 20/09/2005.

Capítulo 38

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO A TRAVÉS DEL CALZADO

CLAUDIA LERIN PEREZ

SARAY JIMENEZ ALAVA

LAURA LOPEZ BLASCO

MARIA LASHERAS CACHO

VERONICA DÍAZ ROSILLO

1 Introducción

La neuropatía diabética es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes mellitus, generando en el paciente una pérdida de sensibilidad en el pie. Existen diferentes tipos de neuropatías como la sensitiva, la motora y autónoma. La motora es responsable de la atrofia muscular y pérdida de fuerza, llevando a un desequilibrio en la marcha y a la aparición de deformidades. Esto da lugar a que determinadas zonas del pie estén sometidas a un incremento de presión, manifestándose en forma de hiperqueratosis. La sensitiva afecta a fibras largas y cortas, provocando hipoestesia, lo cual facilita el riesgo de sufrir una lesión ante cualquier factor externo, como puede ser un traumatismo o un calzado inadecuado, ya que no existe respuesta al dolor. La autónoma se caracteriza por la pérdida de funcionalidad de las glándulas sudoríparas, favoreciendo una piel seca, agrietada y aumentando el riesgo de contraer infecciones. El conjunto de todas ellas son responsables de la formación de úlceras neuropáticas. A todo esto

se suma la enfermedad vascular periférica, que dificultará la cicatrización, aumentando el riesgo de infección.

En la presente revisión bibliográfica se muestra como a través de un calzado adecuado para cada tipo de pie de riesgo se puede prevenir la aparición de lesiones. Se establecen una serie de características básicas que todo zapato debe cumplir y designa el balancín como pieza fundamental para pacientes con riesgo moderado y alto.

La prevención primaria es un pilar fundamental de la salud pública. Como profesionales sanitarios tenemos una gran responsabilidad, pues debemos de desempeñar una gran labor de educación sanitaria en nuestros pacientes. Tenemos la obligación de dar a conocer los riesgos de ulceración de un pie diabético y una manera muy sencilla de prevenirlo es a través de un calzado adecuado.

Se estima que 4,2 millones de personas entre 20 y 79 años morirán a causa de la diabetes y sus complicaciones. Este número equivale a una muerte cada ocho segundos, lo cual es una proporción desmesurada. Esta elevada incidencia, junto con la discapacidad provocada por la diabetes, implican un elevado impacto económico. Por se considera imprescindible una formación estricta de los profesionales en la prevención de úlceras de pie diabético.

Son necesarios unos cuidados de calidad y una educación sanitaria minuciosa. Los pacientes deben conocer los riesgos que implica ser diabético. Por lo que en nuestras manos está enseñarles el significado de realizar una higiene estricta diariamente, sobre cuál es el zapato más adecuado que deben vestir, la importancia de acudir al podólogo y obedecer las recomendaciones de los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

- Identificar las características del calzado relacionadas con un aumento de presión y fricción en el pie y por tanto aumento de riesgo de ulceración.
- Determinar cuál es el calzado ideal en función del grado de riesgo del pie.
- Establecer un protocolo que nos permita prevenir la formación de lesiones a través de un calzado adecuado.
- Valorar la capacidad de acceso al calzado y la adaptación al mismo por parte del paciente.

3 Metodología

Diseño del estudio: Revisión bibliográfica narrativa

- Fuentes de información:

Para llevar a cabo la siguiente revisión se han realizado búsquedas en las bases de datos electrónicas de PubMed y Enfispo, así como en el metabuscador de Google Académico desde el año 2010 hasta la actualidad. Con la finalidad de identificar los estudios más relevantes que nos permitan conocer el calzado y los métodos de descarga más efectivos en la prevención de las úlceras de pie diabético, basándonos en una evidencia científica.

También han sido utilizadas diferentes guías como la IDF y el IWGDF, así como revistas científicas de la editorial Elsevier a través de la Fundación Dialnet y revista Reduca de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Así mismo, se ha usado la página web del Instituto Nacional Español de Estadística, donde se pudieron obtener los datos sobre la prevalencia de hombres y mujeres con DM en el año 2017.

La búsqueda se ha limitado a artículos en español e inglés, a texto completo (full text) y de acceso libre, viéndose ampliada a los 10 últimos años.

- Estrategia de búsqueda y descriptores:

Los términos o descriptores fueron adaptados a cada base de datos, utilizándose los siguientes términos MeSH: “diabetic foot”; “diabetic neuropathies”, “foot ulcer”, “shoe”.

- Criterios de inclusión/exclusión:

Los criterios de exclusión que se consideraron para realizar llevar a cabo la siguiente revisión bibliográfica fueron aquellos documentos que solo constaran de resumen o abstract; artículos publicados en otro idioma que no fuera el español o el inglés; publicaciones no revisadas; no referentes a humanos; de más de 10 años de publicación y aquellas en las que solo se hablara de prevención de úlceras de pie diabético a través de tratamiento con órtesis exclusivamente y no con calzado.

- Resultados de la estrategia de búsqueda:

En la primera búsqueda bibliográfica que se realizó con los términos mencionados fueron hallados un total de 437 artículos, de los cuales, tras introducir los criterios de inclusión marcados, se seleccionaron 51. Una vez evaluados los títulos se descartaron 15. De los 36 artículos restantes, tras la lectura del resumen y el texto completo, fueron desechados 8; ya que no cumplían con los criterios planteados. Finalmente, 28 fueron los artículos seleccionados para desarrollar el trabajo.

4 Resultados

El calzado adquiere un papel fundamental a la hora de prevenir las lesiones en el pie diabético. Tiene la capacidad de actuar tanto como factor de protección o como factor de riesgo.

Entre las características del pie de un paciente con DM nos encontramos con deformidades y cambios en la morfología que dificultan la acomodación del calzado, generándose un incremento de presiones repetidas. Esto, sumado a la neuropatía y a la EVP, nos predispone ante una situación de alto riesgo.

Por ello, García y Zambudio, plantean los siguientes objetivos fundamentales que el calzado de un diabético debe cumplir:

- Distribución de presiones en la planta del pie:

Se buscará reducir las cargas en aquellas zonas más expuestas a sufrir una lesión, como son prominencias óseas y sobretodo cabezas metatarsales. La presión constante favorece la formación de hiperqueratosis, que mantenida en el tiempo acabará originando una lesión.

- Disminución de la fricción:

El zapato deberá quedar ajustado al tamaño del pie y a las deformidades. El material del calzado tendrá que reducir el cizallamiento y quedar acomodado a la morfología del pie. Los roces continuos pueden generar flictenas que acaben derivando en ulceración.

- Reducción de la movilidad de articulaciones dolorosas o inflamadas:

En el caso de la presencia de articulaciones afectas es importante restringir el movimiento, por lo que el calzado deberá aportar la consistencia suficiente que limite la movilidad.

Conseguir un calzado con los objetivos planteados no es complicado. Pero existen obstáculos como la falta de educación sanitaria, el precio o la estética que limitan el acceso del paciente al calzado terapéutico.

Las Guías Prácticas del IWDF tienen como función dar a conocer las medidas básicas de prevención del pie diabético.

Establecen una tabla organizativa en la que clasifican el pie en función del riesgo y según ese riesgo que tipo de calzado tiene que utilizar nuestro paciente y que cuidados se deben llevar a cabo.

En el paciente diabético puede actuar como factor de protección, pero también puede ser un factor de riesgo cuando no es utilizado adecuadamente o no se encuentra en unas condiciones óptimas.

Puede resultar muy sencillo prevenir la formación de una úlcera a través de un uso correcto del calzado, por lo que múltiples autores han realizado diferentes

investigaciones para conseguir aquel zapato ideal para cada tipo de paciente y pie.

La necesidad de un calzado terapéutico es algo evidente. Pero las propiedades concretas que éste debe tener todavía no está cien por cien definidas y esto dificulta la prescripción de un calzado específico para cada paciente que se ve en consulta.

Existen una serie de características fundamentales que todo tipo de zapato debe cumplir independientemente del grado de riesgo.

E.Pinilla et al., en su artículo para la revista de Cardiología en el adulto (2013), basándose en diferentes estudios, aportan las acciones básicas de prevención sobre el calzado que se deben enseñar a los pacientes:

- Evitar las sandalias y cualquier otro tipo de zapato que deje el pie al descubierto.
- Uso siempre de calcetín o media.
- Calzado siempre sin costuras internas.
- Tacón no superior a 3 cm.
- Comprar el zapato preferiblemente al final del día, ya que es cuando el pie puede encontrarse más edematoso. Cuando se viste por primera vez, el uso debe ser progresivo, no llevarlo más de una hora durante varios días.
- Usar un calzado con el que se encuentre cómodo, que nunca quede muy ajustado ni holgado. En el caso de que un zapato le haya causado alguna lesión, se recomienda no volver a usarlos.
- Mirar siempre en el interior y comprobar la media o calcetín diariamente.
- No andar descalzo.

El paciente con riesgo 0 es aquel con muy bajo riesgo de ulceración. No presenta PSP ni EVP. Los expertos recomiendan al menos una revisión anual en la que se pueda reevaluar tanto vascular como neurológicamente.

En el paciente con riesgo 1 el riesgo de ulceración es bajo. Puede tener PSP o EVP, pero no ambas. Las revisiones deben tener una frecuencia de cada 6-12 meses.

En este caso el IWGDF no considera obligatorio el uso de un calzado terapéutico adaptado a la morfología y características del pie. El uso de un calzado tipo deportivo, como en el Riesgo 0, sería suficiente.

Por otra parte si que hace mención a la prescripción de dispositivos ortésicos tales como siliconas digitales, fieltros de descarga u ortesis semi-rígidas; que ayuden a disminuir la hiperqueratosis.

Según E.Pinilla et al., consideran que los pacientes en este estadio pueden usar calzado deportivo con suela gruesa tipo roller, ya que ayuda a minimizar tanto la fricción como la presión, reduciendo la formación de callosidades.

En el apartado de la revista, estos autores insisten en la importancia de la edu-

cación sanitaria; pues se ha podido demostrar, que un paciente adecuadamente formado en el autocuidado ayuda a disminuir enormemente serias complicaciones que podrían conllevar a la ulceración y a la amputación, y consecuentemente altos costes sanitarios, ingresos hospitalarios e incluso defunción.

El paciente con riesgo 2 siempre tendrá deformidad en el pie, y podrá acompañarse de PSP, EVP o ambas. Las revisiones serán una cada 3-6 meses.

El paciente con riesgo 3 va a tener antecedentes de úlcera, amputación de la extremidad inferior mayor o menor y enfermedad renal, además de PSP, EVP o ambas. Deberá acudir a revisión una vez cada mes-3 meses.

Van a precisar de calzado de categoría terapéutica, que se acople a la forma del pie y se ajuste debidamente. Ante la presencia de deformidades, signos preulcerosos o antecedentes de ulceración, es recomendable que el calzado terapéutico sea prescrito por profesionales y se fabrique a medida. Además deberán ir acompañados de órtesis, ya que favorecerán esa disminución de cargas en las zonas ulcerativas. En 2019, Zwaferink et al.²⁴ publican un protocolo de diseño de calzado a medida para pacientes diabéticos con pie de riesgo 2 y 3 (moderado y alto). El protocolo fue dividido en dos partes; por un lado realizaron un algoritmo de diseño del calzado apoyado en la evidencia y en el acuerdo de los investigadores, y por otro lado un algoritmo de alivio de presión que se fundamentaba solamente en la evidencia.

Para realizar el algoritmo de diseño determinaron 14 apartados de patología del pie (todos incluían la PSP):

- Sin deformidades.
- Movilidad de la articulación del tobillo limitada.
- Movilidad del mediopié limitada.
- Pie cavo y dedos en garra.
- Pie plano flexible y HAV.
- Pie plano rígido y HAV.
- Hallux rígido (HR).
- Hallux limitus (HL).
- Deformidad de Charcot.
- Pie equino.
- Amputación del hallux.
- Amputación de antepié.

Describieron 3 tipos de calzado según su función:

- Corrector: tiene la acción de corregir aquella articulación desviada.
- Adaptativo: aquel que se adapta a la posición del pie independientemente de que haya desviación o no.

- Compensatorio: compensa la limitación de movimiento o una amputación, desempeñando la función del miembro afecto del pie.

Establecieron una serie de características generales para todo tipo de zapato, independientemente de la patología de las anteriormente descritas que padeciera el paciente:

- Suficiente espacio interior. La puntera debe ser lo suficientemente ancha y alta como para poder acoplar los dedos en garra o un hallux hiperextendido.
- Sin costuras.
- Zapato acordonado, salvo en casos que tengan dificultad para atarlos que será de velcro.
- Capacidad de absorción del impacto.
- Considerar el uso activo del calzado para la selección de materiales y vigilar su duración.
- En caso de que la propiocepción esté afectada, habrá que vigilar la estabilidad del paciente. Si es preciso, un eje de balancín más distal puede favorecer el equilibrio.
- Ante la existencia de edema o piel altamente frágil en la parte inferior de la pierna, el calzado deberá ser de corte bajo. Si se prescribe un zapato de corte alto, deberá quedar por encima de la zona expuesta y ser acolchado. (Se define corte bajo como aquel que queda por debajo de maléolo; corte alto si queda a nivel del maléolo; y corte extraalto cuando queda por encima del maléolo).

El resto de componentes del zapato que valoraron fueron: flexibilidad/ refuerzo de la altura, balancín, suela, lengüeta y tacón.

(A) Flexibilidad/ refuerzo de la altura:

Con el fin de aportar estabilidad se debe colocar refuerzo lateral de retropié si la articulación subastragalina (ASA) se encuentra en posición de varo fija.

Si la ASA se halla en posición de valgo, el refuerzo de retropié será medial.

Si la posición de la ASA se puede corregir, se puede colocar una cuña de 5° en la parte posterior de la plantilla. (B) Balancín:

A través de diferentes estudios vieron que el balancín favorece la disminución de la presión bajo las cabezas metatarsianas.

Para conseguir la máxima eficacia, el vértice del balancín debe quedar al 60% de la largura del calzado (contando desde la parte posterior).

La angulación del balancín recomiendan que sea de una medida de 20° y el ángulo del vértice deberá medir 95°.

En los zapatos hechos a medida, el balancín se adhiere a la plantilla junto con la suela en forma de balancín. En el calzado ya prefabricado, el balancín se encuentra en la suela.

(C) Suela:

El objetivo es que amortigüe las cargas que se generan durante la marcha. Ésta puede ser flexible o rígida.

Para aquellos pacientes que tienen afectada la capacidad de propiocepción, recomiendan una suela endurecida, pero no rígida.

(D) Lengüeta:

3 tipos: blanda, endurecida o rígida. Siempre es acolchada. En caso de pacientes amputados a nivel de antepié se utilizará una lengüeta de características rígidas.

(E) Tacón

En el calzado hecho a medida se aumenta la altura del tacón trabajando directamente sobre el zapato. En cambio, en el calzado prefabricado, la altura se incrementa actuando sobre la plantilla.

Las alturas que los autores en su artículo recomiendan son, de 1'5 a 2 cm en hombres y de 2,5 a 3 cm en el caso de mujeres.

El algoritmo de alivio de presión se basó en la evidencia. Definieron 10 apartados que consideraron imprescindibles para conseguir disminuir la presión plantar en aquellos pacientes con antecedentes de úlcera plantar. Cinco de los apartados se referían al diseño de plantilla y dos al calzado.

El calzado debía tener suela rígida que posibilitara una flexión de no más de 10° y un balancín de 20° cuyo vértice se colocara al 60% de la longitud del mismo. El apartado 8 del algoritmo valoraba el método de evaluación, que se realizaba a través de la medición de la presión plantar. El apartado 9 consideraba que en caso de presiones superiores a 200 kPa en el antepié o el mediopié se tenía que realizar una modificación sobre el zapato. Y en el apartado 10 se reevaluaría la presión plantar pasados 6 meses.

A través de este método planteado se pudo observar que las presiones plantares disminuían en aquellos pacientes de alto riesgo y que la cantidad de modificaciones necesarias para conseguir la presión óptima era menor en comparación con otros algoritmos planteados.

Zwaferink et al. concluyen expresando que la mayoría de las particularidades del calzado que han sido descritas están basadas en el acuerdo de los investigadores; salvo en las referidas al balancín, sobre el que encontraron más evidencia científica. Consideran que el tipo de diseño que plantean podría ser válido para la mayoría de los pies y sus deformidades.

Existen estudios como el de Collings et al. que en marzo de 2020, mediante una revisión sistemática y metanálisis, plantean identificar las mejores características que el calzado y la plantilla deben poseer para aliviar las presiones del pie en el paciente con PSP. Expone los siguientes apartados clave a describir:

- Forma de la plantilla, parte superior del zapato y suela.

- Material de la plantilla y la suela.
- Modificaciones en la plantilla y la suela.
- Técnicas de fabricación.

En base a la revisión que se está realizando, Collings et al. destaca que en diecinueve estudios fue modificado el zapato en forma de balancín, obteniendo como resultado, que el uso del mismo podría disminuir la presión sobre el pie. Pero para poder conseguir la máxima eficacia, el diseño del ángulo de balancín, su altura, ubicación y material debería individualizarse en función de las características del paciente.

Menciona que una posición del vértice del balancín al 50-60% de la longitud del zapato reduce las cargas bajo la 2ª, 3ª y 4ª metatarsfalángica (AMTF). Por otro lado, una suela rígida limita especialmente el movimiento de las AMTF en la fase de propulsión, limitando las presiones bajo las cabezas en una proporción de un 30-50%.

Un ensayo publicado por A. Bus et al. en 2013, realizó un estudio comparativo sobre un calzado hecho a medida mejorado con descarga y un calzado hecho a medida sin descarga. El trabajo se llevó a cabo en pacientes con neuropatía diabética y antecedentes de úlcera recientemente curada. Los resultados obtenidos sorprendieron a los investigadores. Las lesiones recidivaban independientemente de que se utilizara un calzado mejorado con descarga o sin mejorar. La diferencia entre el uso de uno u otro era mínima, 38,8% frente al 44,2% (porcentaje de recurrencia).

Este efecto fue asociado a una mala adherencia al tratamiento y se evaluó de forma objetiva; se observó que en aquellos pacientes que utilizaban el calzado de manera recomendada, la incidencia de ulceración disminuía significativamente. Con el calzado hecho a medida y descarga y una buena adherencia, el porcentaje de recidiva era de un 25'7%. Mientras que, con el calzado hecho a medida y sin descarga, pero con buena adherencia, la recaída de ulceración era de un 47'8%.

Con este efecto obtenido, propusieron determinados aspectos que podrían mejorar la adaptación al calzado:

- Mejorar el estilo y el color.
- Educación y motivación.
- Uso de tecnología novedosa.

También consideraron, que el hecho de que tuvieran una úlcera recientemente curada, podría influir en los resultados inesperados del estudio.

A través de la revisión bibliográfica realizada, se ha podido observar que son muchos los estudios que buscan obtener resultados sobre la eficacia de la suela en balancín para evitar la ulceración.

Preece et al. en 2017, realizan un estudio para valorar el calzado en balancín para prevenir la primera úlcera plantar. Para ello incluyó 17 pacientes con neuropatía periférica y 66 pacientes sin PSP. Utiliza 8 tipos de zapatos con 2 ángulos de balancín (15° y 20°) y 4 posiciones del ápice (52%, 57%, 62% y 67%). El objetivo de su trabajo es crear un calzado estandarizado que permita reducir la presión plantar por debajo del umbral de 200 kPa.

Su estudio concluyó que el calzado ideal era aquel que incorporaba una angulación del balancín de 20° y un vértice situado al 52% de la longitud del zapato. Así se conseguía reducir la presión por debajo del umbral establecido en un 71-81%.

Preece et.al²⁷, tuvieron en cuenta los efectos de la estética del calzado terapéutico sobre la población, ya que el hecho de que no vaya acorde con la moda disminuye la adherencia al tratamiento. Plantean una disminución del ángulo de 20° a 15° dando lugar a una suela más delgada. El porcentaje de reducción de presión fue algo menor entre un 6-12%.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día las úlceras de pie diabético continúan siendo un reto para todo el personal clínico. Está en nuestras manos ejercer un papel de prevención muy importante mediante la educación sanitaria.

Debemos formar a nuestros pacientes en el cuidado e higiene del pie e insistir en la importancia de acudir al podólogo periódicamente, tal y como las guías establecen en función del pie de riesgo.

A través de la siguiente revisión se ha descubierto la importancia del calzado tanto en la prevención primaria, es decir, previa a la aparición de la lesión; como en la prevención secundaria, para evitar que en aquellos pacientes con antecedentes de úlcera puedan recidivar.

En enero de 2020, se reunieron diferentes grupos de expertos especializados en pie diabético con el fin de realizar un documento que contara con todas aquellas recomendaciones que, de forma consensuada, pudieran ser aplicadas en la práctica diaria.

Estos especialistas formaban parte de la Sociedad Española de Diabetes (SED), de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), enfermería de atención primaria y atención especializada.

Cabe destacar, la importancia de la estratificación del riesgo y las acciones preventivas que se plantean en el documento. Así como el papel fundamental de la prevención y del trabajo en equipo entre los diferentes expertos.

Plantean que la atención primaria, tanto por parte del médico como por parte de enfermería, será quien, a través del screening vascular y neuropático, clasificará al paciente en función del grado de riesgo de desarrollar una úlcera. Y una vez hecha la valoración, se asegurará el acceso a la atención podológica para poder llevar a cabo la prescripción de un calzado terapéutico y realizar los cuidados básicos del pie. Así como reforzar en el paciente la educación sanitaria.

Todos los objetivos de la calzado-terapia, como bien plantean en su artículo García y Zambudio, coinciden en que el zapato ideal deberá de ser capaz de repartir las cargas, disminuyendo las presiones en aquellas zonas más predispuestas a sufrir ulceración. Tendrá que minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento, evitando que se generen ampollas por el roce continuo. Y finalmente deberá disminuir la movilidad de aquellas articulaciones dolorosas e inflamadas.

Cierto es que, aunque se encontraron diferentes artículos que estudiaban las características de zapato ideal; todavía hay mucho camino que recorrer y continuar investigando. Principalmente, es el ensayo de Zwaferink et al., en el que con su protocolo de diseño, se describen las múltiples características básicas que todo calzado de un diabético de grado 2 y 3 debería poseer. Para ello plantearon dos algoritmos, uno de alivio de presión y otro del propio diseño del zapato, este último basado en la evidencia y en el acuerdo de investigadores, lo cual podría suponer una limitación ya que no se trata de un dato cien por cien objetivo; pues se trata de un protocolo de diseño basado más en la experiencia. Pero es una puerta que nos abre un paso más y facilita los principios básicos que se deben tener a la hora de prescribir un zapato para un diabético.

Además, la mayor parte de estudios y ensayos encontrados, van dirigidos a pacientes con grado de riesgo 2 y 3; y en menor cantidad a pacientes con grado 0 y 1, como es en el artículo de Pinilla et al, que consideran que éstos últimos pueden hacer uso de un calzado de tipo deportivo con una serie de características generales que se incluyen en todos grados de riesgo.

Tras la revisión realizada se dedujeron las siguientes conclusiones:

- La formación de una úlcera en el pie diabético es el resultado de diferentes factores: la neuropatía periférica, debida a la cual pequeños traumatismos serán el inicio de ulceración. La disminución de la movilidad articular y las deformidades serán responsables de un incremento de estrés mecánico, dando lugar a engrosamiento de la piel que provocará un acrecentamiento de presiones sobre el pie y que acompañado de la hemorragia subcutánea acabará formando la lesión. Y la EVP que retrasará la cicatrización e incrementará el riesgo de infección.
- Para que el calzado deje de ser un factor de riesgo, tendrá que ser capaz de distribuir el exceso de presión en la planta del pie, minimizar la fricción y disminuir

la movilidad de aquellas articulaciones dolorosas e inflamadas.

- Todo calzado de pie diabético tendrá unas características básicas que coincidirán en todo grado de riesgo; pero es cuando se va aumentando el riesgo cuando empiezan a variar. En pacientes con un grado 2 y grado 3, el balancín será la pieza que marque la diferencia con el pie de grado 0 y 1. Este elemento tendrá angulación de 20° y un vértice situado al 50-60% de la longitud del calzado para conseguir una reducción de la presión por debajo de los 200 kPa a nivel de antepié. Y en el caso del pie de riesgo 3 el balancín será rígido y no semirígido, que este se designará al grado 2.

- La prevención primaria es fundamental para evitar la ulceración del pie. El calzado puede actuar bien como factor protector o bien como factor de riesgo. Por lo que es imprescindible hacer un uso adecuado del mismo. Se ha observado que tanto la estética como la falta de educación sanitaria son dos factores limitantes a la hora de conseguir el cien por cien de la adherencia al tratamiento.

Es importante que se siga investigando para conseguir un zapato ideal que se adapte a todas las características del paciente. A veces, la estética y el precio son obstáculos que dificultan la accesibilidad al mismo. Ambas son particularidades que deberían mejorarse, de manera que se pueda conseguir el acceso a cualquier tipo de calzado por parte de todos los pacientes.

6 Bibliografía

1. International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas [Internet]. 9th ed. Brussels, Belgium: 2019. Disponible en: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf.
2. Guariguata L, Whiting D, Weil C, Unwin N. The International Diabetes Federation diabetes atlas methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011; 94(3):322–32.
3. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition . *Diabetes Res Clin Pract.*
4. Principales enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por un médico por sexo (2017). Instituto Nacional de Estadística (INE). Inebase [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/&file=d03005.px#!tabs-tabla.
5. Association AD. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care.* 2018; 41 (5):917–28.

6. Lázaro-Martínez, J. L., García-Morales, E., Almudena, C.-M., García-Álvarez, Y., Allas-Aguado, S., Álvaro-Afonso, F. et al. Protocolo de primeras consultas: Unidad de pie diabético. Reduca [Internet]. 2011: 3 (5): 1–46. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/869/892>.
7. Yost M. Diabetes complications and comorbidities. United States Epidemiology supplement. 2016.
8. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. JAMA. 2001; 286(11):1317–24.
9. Tirado, R. A. del C., López, J. A. F., & Tirado, F. J. del C. Guía de práctica clínica en el pie diabético. Arch Med [Internet]. 2014; 10(1): 1–17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4635975>
10. Pardo Ríos, M. La presión transcutánea de oxígeno como factor pronóstico en la angioplastia transluminal percutánea: una solución a las limitaciones del índice tobillo brazo. Proyecto de Investigación [Internet]. 2013. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/36175>.
11. Microvascular complications and foot care: Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care [Internet]. 2019; 42:124–138. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S124.
12. Paiva O., & Rojas N. Pie Diabético: ¿Podemos Prevenirlo? Rev Med Clin Las Condes. 2016; 27(2): 227–34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300128?via%3Dihub>.
13. Busquets Net, R., Crespo Fresno, A., & Duarri Lladó, G. Abordaje no quirúrgico del pie diabético. Mon Act Soc Esp Med Cir Pie Tobillo [Internet]. 2018;10(1):18–25. Disponible en: <https://fondoscience.com/sites/default/files/articles/pdf/mact.1001.fs1805004-abordaje-no-quirurgico-del-pie-diabetico.pdf>.
14. González De La Torre, H., Perdomo Pérez, E., Quintana Lorenzo, M. L., & Fernández, A. M. Risk stratification in diabetic foot. Gerokomos. 2010; 21(4): 172–182. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n4/helcos1.pdf>.
15. Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de La Diabetes Mellitus Tipo 2. Guías ALAD. 2006: 1–80. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf.
16. Aliseda, D., & Berastegui, L. Retinopatía diabética. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2008;31(3):23–34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000600003.
17. Schaper, N. C., Van Netten, J. J., Apelqvist, J., Bus, S. A., Hinchli, R. J., & Lipsky, B. A. Guías del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad de pie diabético. IWGDF Guías [Internet]. 2019. Disponible en: <https://iwgdfguidelines>.

- org/wp-content/uploads/2020/03/IWGDF-Guidelines-2019_Spanish.pdf.
18. Driver VR, Fabbi M, Lavery LA, Gibbons G. The costs of diabetic foot: the economic case for the limb salvage team. *J Vasc Surg*. 2010;52(3 Suppl).
 19. Amoah VMK, Anokye R, Acheampong E, Dadson HR, Osei M, Nadutey A. The experiences of people with diabetes-related lower limb amputation at the Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH) in Ghana. *BMC Res Notes*. 2018; 24; 11(1):66.
 20. García Álvarez, Y. Identificación de las características del calzado, que desarrollan un factor de riesgo de ulceración en los pacientes diabéticos con neuropatía. *REDUCA* [Internet]. 2010;2(1). Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/168>.
 21. Lucha Fernández, V., Palomar Llatas, F., Fornes Pujalte, B., Sierra Talamantes, C., & Muñoz Mañez, V. Alivio de la presión en úlceras producidas por alteraciones biomecánicas en el pie diabético neuropático. *Formación Dermatológica* [Internet]. 2010; 4(10):15–21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4314448>
 22. Garcia I. & Zambudio R. Ortesis, calzado y prótesis. Proyecto Sena [Internet]. 2019;1. Disponible en: <http://lapaginadelcaurel.es/osteomielitis/pdf/Ortesis,%20calzado%20y%20prótesis.pdf>
 23. Pinilla, A. E., Ntc, P. B., Sánchez, A. L., & Mejía, A. Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria. *Rev Colomb de Cardiol* [Internet]. 2014; 20(4): 213–222. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563313700585>
 24. Zwaferink, J. B., Busch-westbroek, T., & Dahmen, R. State of the art design protocol for custom made footwear for people with diabetes and peripheral neuropathy. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2020; (36): 1-8. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7154634/?report=classic>.
 25. Collings, R., Freeman, J., Latour, J. M., & Paton, J. Footwear and insole design features for offloading the diabetic at risk foot — A systematic review and meta-analyses. *Endocrinol Diabetes Metab* [Internet]. 2020;1–18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831212/pdf/EDM2-4-e00132.pdf>.
 26. Sicco A. Bus, Roelof Waaijman, Mark Arts, Mirjam de Haart, Tessa Busch-Westbroek, Jeff van Baal, et al. Effect of Custom-Made Footwear on Foot Ulcer Recurrence in Diabetes A multicenter randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2013; (36): 4109–4116. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3836114/>.
 27. Preece, S. J., Chapman, J. D., Braunstein, B., Brüggemann, G., & Nester, C. J. Optimisation of rocker sole footwear for prevention of first plantar ulcer: comparison of group-optimised and individually-selected footwear designs. *J Foot An-*

- kle Res. 2017: 1–10. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5501571/pdf/13047_2017_Article_208.pdf.
28. Lazaro, J.L., & Lopez, M. Clinical efficacy of therapeutic footwear with a rigid rocker sole in the prevention of recurrence in patients with diabetes mellitus and diabetic polineuropathy: A randomized clinical trial. *Plos One*. 2019: (7): 1–14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6623964/>.
29. Ghomian, B., Kamyab, M., Jafari, H., Khamseh, M., & Healy, A. Rocker outsole shoe is not a threat to postural stability in patients with diabetic neuropathy. *Prosthet Orthot Int*. 2016: 40 (2): 224-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25060395/>.
30. Yamamoto, R, Kinoshita, T, Momoki, T. Postural sway and diabetic peripheral neuropathy. *Diabetes Res Clin Pract* 2001; 52(3):213–221.
31. Dyck, PJ, Karnes, J, O'Brien, PC. Neuropathy symptom profile in health, motor neuron disease, diabetic neuropathy, and amyloidosis. *Neurology*. 1986; 36(10):1300–1308.
32. Luis, J., Martínez, L., Cruz, M., Álvarez, Á., Blanes, I., Román, J. et al. Documento de consenso sobre acciones de mejora en la prevención y manejo del pie diabético en España. *Endocrinol Diabetes Metab*. 2020.

Capítulo 39

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SECUNDARIAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EN PACIENTES CRÍTICOS

ISABEL RUESCAS CALLEJA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) representan una complicación significativa en pacientes críticos. Estas lesiones cutáneas pueden aumentar la morbilidad y la estancia hospitalaria, además de generar un aumento en los costos de atención médica.

En las unidades de cuidados intensivos, los profesionales enfermeros, a través de diversos procedimientos y actuaciones, y con ayuda de la monitorización, en primera instancia deben centrarse en la estabilización del paciente, pero este no es el único problema al que se enfrentan los enfermeros en las unidades de críticos. A la hora de desarrollar sus funciones diarias en el cuidado del paciente, una de las principales preocupaciones es evitar la aparición de lesiones y heridas que van a dar lugar a un ralentizamiento en el proceso de curación.

Generalmente, los pacientes que ingresan en estas unidades van a tener una clínica desfavorable, esta situación, acompañada de la influencia de los elementos terapéuticos que se usan para el tratamiento, van a dar lugar a encontrarnos ante un perfil de paciente con alto riesgo de aparición de lesiones por presión. Es importante tener en cuenta que, en estas unidades, las lesiones por presión van a ser distintas a las que podemos encontrar en el resto de unidades. Cualquier tejido del organismo que se encuentre bajo presión durante un tiempo prolongado es susceptible de ulceración, por lo tanto, cualquier dispositivo médico que se encuentre ejerciendo presión puede dar lugar a desarrollar una UPP, lo cual va a suponer una complicación grave para el paciente. Este tipo de lesiones se consideran iatrogénicas, y según la OMS, su aparición es un indicador de calidad de los cuidados, siendo considerada la prevención como uno de los pilares básicos dentro del proceso de atención de enfermería.

2 Objetivos

- Evaluar el impacto del uso de dispositivos médicos en la aparición de úlceras por presión en pacientes críticos.
- Analizar las intervenciones de enfermería efectivas en la prevención de úlceras por presión asociadas al uso de dispositivos médicos.
- Identificar las mejores prácticas y estrategias multidisciplinarias para prevenir la aparición de úlceras por presión asociadas a dispositivos médicos en esta población.

3 Metodología

Este estudio se basa en una revisión sistemática de la literatura científica. Se realizaron búsquedas exhaustivas en bases de datos médicos, incluyendo PubMed, CINAHL y Cochrane Library, utilizando términos clave como "úlceras por presión", "dispositivos terapéuticos", "intervenciones de enfermería", "prevención" y "paciente crítico". Se incluyeron artículos publicados en los últimos 13 años y se priorizó la selección de estudios controlados, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

4 Resultados

Las úlceras por presión son lesiones de la piel y los tejidos subyacentes que resultan de la presión continua o intermitente sobre una zona específica del cuerpo.

Los pacientes críticos presentan un riesgo elevado de desarrollar UPP debido a diferentes factores como la inmovilidad, alteraciones de la percepción sensorial, el uso de drogas vasopresoras y fármacos sedantes, la propia condición de paciente crítico, comorbilidades previas, fuerzas de presión o cizalla, exposición a la humedad y la presión ejercida por los dispositivos médicos.

Las lesiones secundarias al uso de dispositivos médicos son diferentes a las que se producen por apoyo.

Las alteraciones cutáneas que pueden producir los mecanismos terapéuticos aparecen a la hora de fijarlos o por su indebida colocación. Estos pueden ejercer una presión continua sobre la piel del paciente, pudiendo verse alterados por el calor y la humedad, lo que da lugar a una alteración de la integridad cutánea del paciente.

Los dispositivos usados en las unidades de cuidados intensivos que más se encuentran relacionados con la aparición de lesiones por presión son los siguientes:

- Catéteres y sistemas de nutrición enteral, así como fijaciones de sondas nasogástricas.
- Catéteres intravenosos, sistemas y complementos de vías venosas y arteriales, como llaves de tres pasos, alargaderas o apósitos para la fijación de estos.
- Sondas vesicales.
- Mascarillas para oxigenoterapia y cánulas nasales.
- Interfaces para ventilación mecánica no invasiva.
- Sistemas de fijación de tubos endotraqueales.
- Cánulas de traqueostomía y cintas para su sujeción.
- Sensores y sistemas para monitorización como pulsioxímetro, índice biespectral (BISS), manguitos de presión, electrodos o termómetros.
- Tubos de drenaje torácico.
- Medias de compresión neumáticas para tromprofilaxis mecánica.
- Órtesis.
- Férulas de inmovilización.

La enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención de estas lesiones, utilizando enfoques basados en la evidencia para reducir los riesgos asociados. Son diversas las intervenciones que los profesionales enfermeros deben llevar a cabo para que el paciente no sufra este tipo de lesiones.

A continuación se recogen una serie de actuaciones que el colectivo enfermero

puede implementar para evitar su aparición. Es importante tener en cuenta que cada paciente es único y puede requerir un enfoque individualizado.

1. Evaluación y documentación del riesgo:

La primera etapa en la prevención de UPP es la evaluación del riesgo. Los enfermos deben realizar una valoración exhaustiva de cada paciente crítico, teniendo en cuenta factores como la edad, inmovilidad, la nutrición, la perfusión tisular y el estado neurológico. Las herramientas de evaluación de riesgos como la escalada de Braden o Norton permiten a los profesionales de enfermería identificar a los pacientes con mayor riesgo y adaptar las estrategias preventivas de manera individual. Una documentación precisa facilita la intervención temprana y personalizada.

2. Manejo de la presión:

La redistribución de la presión es esencial para prevenir este tipo de lesiones. Los enfermeros deben colaborar con otros profesionales de la salud para ajustar adecuadamente la posición del paciente en la cama, utilizando almohadillas, cojines y dispositivos especiales. La rotación periódica del paciente, especialmente en áreas de mayor riesgo, puede reducir significativamente la presión constante sobre una sola área. Es importante realizar hincapié en algunas intervenciones específicas e imprescindibles para la prevención mediante el manejo de la presión:

- Adecuada manera de fijación de dispositivos médicos y cambio frecuente de la zona de sujeción.
- Usar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas en las que no se pueda evitar ejercer presión, como es el caso de la cinta de fijación del tubo endotraqueal.
- Medición de la presión de balón de neumotaponamiento del tubo endotraqueal al menos una vez por turno, manteniéndolo en torno a 30cm de H₂O.
- Evitar el uso de esparadrapos agresivos para la piel y aplicar productos específicos que ayudan a retirar apósitos con pegamento.
- Movilización frecuente de sondas vesicales, nasogástricas y gastrostomías.
- Evitar apoyar directamente sobre la piel del paciente llaves de tres pasos o sistemas para la infusión de medicación intravenosa.
- Retirada de dispositivos innecesarios.
- Uso de tromboprolifaxis mecánica en periodos cortos y frecuentes.
- Evitar exposición a la humedad tanto del paciente como de cualquier dispositivo.
- Prestar especial atención a los dispositivos de monitorización, realizando cambios en el lugar de colocación de estos.
- Asegurar que ningún cable, alargadera o cualquier tipo de dispositivo quede debajo del paciente después de movilizarlo y dejarlo en la posición deseada.

Optimización de la higiene y cuidado de la Piel: Mantener la piel limpia y seca es crucial. La hidratación adecuada y el uso de barreras cutáneas puede prevenir la maceración y la irritación. Las inspecciones regulares de la piel permiten la detección temprana de signos de enrojecimiento, hinchazón o inflamación, así como lesiones incipientes, lo que facilita la intervención inmediata.

3. Colaboración interprofesional:

Los enfermeros deben colaborar con médicos, fisioterapeutas, nutricionistas y otros profesionales para abordar todos los aspectos del cuidado del paciente. La implementación de factores protectores, la optimización de la nutrición y la circulación sanguínea, así como la monitorización constante, son componentes esenciales de la estrategia preventiva. Es imprescindible la valoración continua del paciente por parte de todo el equipo tanto para retirar dispositivos innecesarios, como para mantener al paciente en un estado óptimo que minimice el riesgo de lesiones que puedan comprometer su proceso de curación.

4. Educación del paciente y la familia:

La participación activa tanto del paciente como de la familia puede ser crucial, por lo que es importante proporcionar educación sobre los riesgos de la aparición de UPP y la importancia de las intervenciones preventivas. Alentaremos al paciente a movilizarse dentro de sus posibilidades, fomentaremos la autovigilancia y explicaremos la necesidad de realizar estas actuaciones para su cuidado. Es posible que ciertos procedimientos resulten molestos o que el paciente no se encuentre muy motivado para colaborar, de ahí la importancia de comunicarnos y explicar la importancia de estos como parte del tratamiento.

Al empoderar a los pacientes y sus familias con conocimientos sobre las medidas preventivas, la importancia de la movilidad y la identificación de signos tempranos de UPP, se puede mejorar significativamente la adherencia a las estrategias preventivas y reducir la incidencia de lesiones.

5. Registro enfermero:

Una parte esencial del trabajo de enfermería es el registro informático de valoración del paciente tanto al ingreso como de forma continuada. Los profesionales deben de conocer las herramientas destinadas a ello y ser conscientes de la importancia que supone para ofrecer una mayor calidad asistencial. El cuidado del paciente es continuo y su estado de salud- enfermedad es cambiante, por lo que es imprescindible que se refleje la trayectoria de su situación para poder abordar los problemas que vayan surgiendo y para evitar que se desarrollen.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de úlceras por presión asociadas a dispositivos médicos se considera un desafío clínico importante en las unidades de cuidados intensivos. Evitar su desarrollo es un aspecto clave a tener en cuenta en el tratamiento y cuidados del paciente, ya que puede mejorar tanto los resultados clínicos como la satisfacción del paciente. Además, su aparición puede dar lugar a producir intolerancia al tratamiento aplicado y el consecuente fracaso del mismo.

La implementación efectiva de las intervenciones del equipo enfermero es un pilar esencial para llevar a cabo esta estrategia. La revisión sistemática identificó una serie de intervenciones de enfermería efectivas en la prevención de estas lesiones ocasionadas por el uso de dispositivos médicos en pacientes críticos. Estas incluyen la evaluación regular del riesgo, utilizando escalas validadas, la rotación y reubicación periódica tanto de los dispositivos terapéuticos como de los sistemas de monitorización, el uso de dispositivos de soporte de presión, la higiene y el cuidado de la piel, así como la estrecha colaboración entre profesionales de la salud y la educación y colaboración del paciente y de los familiares.

En definitiva, la incidencia de este tipo de lesiones se encuentra directamente relacionada con la calidad de los cuidados, son prevenibles y su aparición puede reducirse mediante el trabajo del equipo enfermero, a través de protocolos efectivos para llevar a cabo las acciones oportunas que eviten su desarrollo. Es importante que las instituciones aborden este problema mediante acciones formativas que mejoren el conocimiento de los profesionales tanto a nivel preventivo como de tratamiento y registro.

6 Bibliografía

1. Chaboyer WP, Thalib L, Harbeck EL, Coyer FM, Blot S, Bull CF, Nogueira PC, Lin FF. (2018, nov). Incidence and Prevalence of Pressure Injuries in Adult Intensive Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*; 46(11):e1074-e1081.
2. Roca-Biosca, A., Velasco-Guillén, MC, Rubio-Rico, L., García-Grau, N., & Anguera-Saperas, L. (2012). Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo. *Enfermería intensiva* ; 23 (4), 155–163.
3. Black JM, Cuddigan JE, Walko MA, Didier LA, Lander MJ, Kelpe MR. (2010). Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. *Int wound J*. Wiley Online Library; 7 (5): 157- 62.
4. Anderson, G. (2022, diciembre 14). Reducción De Las úlceras Por

Presión Relacionadas Con Dispositivos Médicos. Armstrong Medical.
<https://www.armstrongmedical.net/es/blogs/reduccion-de-las-ulceras-por-presion-relacionadas-con-dispositivos-medicos/>.

Capítulo 40

FRACTURA DE CADERA

JORGE ARRIBAS GARCÍA

1 Introducción

España se caracteriza por el envejecimiento de su población.

El aumento de la esperanza de vida de la población se debe considerar un logro, respaldado por los avances científicos y sociales y, dicha esperanza de vida, está previsto que siga aumentando. Se prevé que en Europa, el número de personas mayores (de 80 años o más) aumentará en un 57% aproximadamente entre 2010 y 2030. Aunque este aumento de la longevidad sea signo de progreso de la civilización, hay que tener en cuenta, también, que el aumento de esperanza de vida sana no está aumentando en la misma proporción y debería ser abordado urgentemente.

En el siguiente caso clínico se presenta un caso de fractura de cadera. Este tipo de patología, por su propia etiopatogenia, es una entidad que se da con mayor frecuencia en personas mayores. La media de edad para la presentación de dicha patología es de 80 años aproximadamente. Debido al aumento de la esperanza de vida, se prevé un aumento de la incidencia de este tipo de fracturas en los próximos años.

Una revisión sistemática (Francesc Formiga y Cols. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España 2020) pudo concluir que existe un riesgo aumentado de tener una fractura de cadera en los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus (DM). Esta asociación es más importante en los pacientes con DM tipo 1 y en las mujeres.

2 Objetivos

El objetivo de este caso clínico es:

- Dar difusión a la fractura de cadera, como patología cada vez más frecuente a causa del envejecimiento de la población.

3 Caso clínico

1. Historia clínica.

Varón de 75 años, que es traído a urgencias en ambulancia por caída desde la cama en su domicilio. El paciente presenta acortamiento y rotación externa en MSD y fuerte dolor asociado.

El paciente refiere haberse ido a levantar esta mañana y haberse caído, sin posibilidad de levantarse después, ha llamado al 112 con el teléfono que tenía en la mesilla. Dice vivir solo en su domicilio desde hace años. Independiente para ABVD y AIVD.

Afebril. No cefalea, no vómitos, no náuseas ni otra sintomatología acompañante.

2. Antecedentes personales.

No fumador, no consumo de alcohol ni otras drogas. Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento, con glucemias controladas. Hipertensión controlada. Padre falleció a los 80 años por infección nosocomial. Madre falleció por causas naturales.

Alergias: NRMCM

3. Exploración física.

TA: 151/87 mmHg, FC: 89 lpm, SatO₂: 97%, GB: 116 mg/dL, T^a: 35,9° C.

Pruebas complementarias.: realizado ECG (sin alteraciones). Realizada nalítica de control y pruebas cruzadas.

4. Técnicas de enfermería.

Canalizada VVP 20G en MSI, tomadas y apuntadas constantes vitales.

Administrada analgesia según pauta médica.

5. Valoración de enfermería según los patrones de salud de Gordon:

- Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud.

El paciente es autosuficiente tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las actividades instrumentales de la vida diaria. Entiende perfectamente la situación y el proceso a seguir y el tratamiento.

- Patrón 2. Nutricional-metabólico.

El paciente refiere comer lo le apetece, pero equilibrado y sin alimentos procesados.

- Patrón 3. Eliminación.

El paciente no refiere dificultad ni patología alguna en este patrón.

- Patrón 4. Actividad-ejercicio.

Autosuficiente para ABVD y AIVD.

- Patrón 5. Sueño-descanso.

El paciente no refiere dificultad para dormir normalmente

- Patrón 6. Cognitivo-perceptivo.

Consciente y orientado en las 3 esferas.

- Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.

El paciente está un poco preocupado por su estado de salud actual.

- Patrón 8. Rol-relaciones.

Viudo y con 4 hijos con los que mantiene relación, pero a los que le gustaría ver más

- Patrón 9. Sexualidad-reproducción.

No ha lugar.

- Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés

Aparente buena tolerancia a la situación a pesar de la normal preocupación.

Apoyo familiar.

- Patrón 11. Valores-creencias

El paciente dice ser cristiano, aunque no practicante.

6. Diagnósticos de enfermería.

-Dolor agudo.

-Ansiedad relacionada con el estado de salud.

NOC:

-Control del dolor.

-Control de la ansiedad.

7. Diagnóstico médico:

Fractura de cadera derecha. Valorado por traumatología, se decide intervención quirúrgica.

4 Discusión-Conclusión

Se plasma la relevancia de la exposición de este caso, por la gran prevalencia de la patología aquí expuesta, con las implicaciones que ello conlleva para los pacientes y para el gasto sanitario.

Se considera importante el papel de enfermería del servicio de Atención Primaria y su formación continua en temas de nutrición y fomento de la actividad física, dado que estos dos factores han demostrado ser los más importantes de cara a la prevención y recuperación de estas patologías. La vitamina D también ha demostrado estar implicada en estos procesos, estando relacionado su déficit con mayor probabilidad de fracturas.

Es fundamental aprovechar la consulta rutinaria o con otros motivos de la atención primaria, para abordar temas como la adecuada nutrición, el fomento de la actividad física y la exposición solar moderada una vez solucionado el problema o consulta principal.

5 Bibliografía

1. Szydło B. INFORME sobre el envejecimiento del viejo continente: posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020 [Internet]. Europa.eu. [citado 12 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0194_ES.html.
2. Investigación RS. Estudio epidemiológico de las fracturas de cadera en la población mayor [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 12 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/estudio-epidemiologico-de-las-fracturas-de-cadera-en-la-poblacion-mayor/>.
3. Formiga F, Freitez Ferreira MD, Montero A. Diabetes mellitus y riesgo de fractura de cadera. Revisión sistemática. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2020; 55(1):34-41.
4. Herrera Arce A, Betolaza López de Gámiz E, Murua Navarro F, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. Trastor Adict [Internet]. 2003; 5(2):58-74.
5. Roson M, Benchimol J, Rodota L, Cabrera P, Carabelli GS, Barla JD, et al. Efecto del estado nutricional en la mortalidad y recuperación funcional en adultos mayores con fractura de cadera. Acta Ortop Mex [Internet]. 2020;34(2):96-102.
6. Pérez Durillo FT, Ruiz López Ma. D, Bouzas PR, Martín-Lagos A. Estado nutricional en ancianos con fractura de cadera. Nutr Hosp. 2010; 25(4):676-81.
7. Ponce, J., Álvarez, A., Pascual, F., & Rodríguez, L.P. Ejercicio físico y riesgo de fractura osteoporótica de cadera en mujeres postmenopáusicas. Revista motricidad. 1999; 5:7-23.
8. Donoso M. R, Román V. J. Vitamina D: ¿qué es lo que debe saber un traumatólogo? Rev Chil Ortop Traumatol [Internet]. 2016; 57(2):64-8.

9. Listado de diagnósticos NANDA. Enfermería actual [Internet]. [citado 24 de agosto 2023]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda-2/>
10. González G, Alvarado JN, Rojas A, Navarrete C, Velásquez CG, Arteaga E. High prevalence of vitamin D deficiency in Chilean healthy postmenopausal women with normal sun exposure: Additional evidence for a worldwide concern. *Menopause*. 2007; 14(3):455-61.

Capítulo 41

MOXIBUSTIÓN EN EL EMBARAZO PARA CORREGIR LA PRESENTACIÓN NO CEFÁLICA

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

PAULA HERRÁIZ PINO

ANDREA GÁLLEGO ALISES

1 Introducción

La presentación no cefálica, generalmente de nalgas, supone una variación de la presentación normal del parto. En la mayoría de los casos conlleva un mayor riesgo asociado con respecto al parto vaginal en presentación cefálica. Además, la falta de práctica y formación en partos vaginales en este tipo de presentaciones que existe hoy en día en nuestro medio incrementa, aún más, este riesgo.

Existen algunas técnicas que pueden ser realizadas para favorecer la rotación cuando la presentación no es cefálica. Una de ellas es la versión cefálica externa, en la que mediante la manipulación del abdomen materno se gira el bebé. Otra de las alternativas que existen es la práctica de una cesárea electiva, siendo la única opción en algunos centros.

Por otra parte, se muestra también como alternativa la técnica de moxibustión. Se trata de una terapia procedente de la medicina oriental china usada para tratar diversos problemas de salud. Puede usarse de forma aislada o combinada con otras técnicas como el masaje chino o la acupuntura, cada vez más utilizada en nuestro medio. En 1624 ya aparece algún tratado médico oriental que menciona el uso de la moxibustión para facilitar la versión cefálica.

La técnica debe realizarse a partir de la semana 34 de gestación, aproximadamente. Su práctica se inicia en la consulta, junto a un profesional, pero se continúa en el domicilio.

2 Objetivos

- Comprobar la efectividad de la moxibustión como técnica alternativa en la presentación de nalgas.
- Describir la existencia de riesgos asociados a la técnica de moxibustión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. La estrategia de búsqueda se introdujo en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane Library Plus, y Epistemonikos, desde su creación hasta julio de 2023. También se utilizó el metabuscador Google Académico. Las referencias recuperadas se trataron con el gestor bibliográfico Mendeley. No se aplicaron restricciones idiomáticas.

4 Resultados

Tras el análisis realizado se aprecian las siguientes consideraciones:

- La moxibustión se presenta, en algunos casos, como alternativa a la cesárea electiva y a la versión cefálica externa, realizada de forma manual en aquellos embarazos cuya presentación es podálica. La técnica consiste en la aplicación de calor indirecto mediante una moxa a unos 2-3 cm de distancia del lecho ungueal del quinto dedo del pie; en el punto 67 del meridiano de vejiga o punto Zhiyin. La mujer debe notar calor, aunque no quemazón. Se debe realizar una o dos veces al día durante 15-20 minutos y tres días a la semana.
- Para su realización se utilizan palillos o puros de 1'5 cm de diámetro y 20 cm de longitud. A través de su combustión desprenden calor sin llegar a crear una

llama. Todo esto produce una estimulación corticoadrenal, aumentando así los estrógenos placentarios y la progesterona, lo que produce un incremento en las contracciones y actividad del feto.

- El uso de la moxibustión en el embarazo no evidencia riesgos importantes, no muestra signos de sufrimiento fetal durante su realización y no conlleva cambios significativos en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal en el RCTG.
- Con su práctica se puede observar un aumento de la actividad fetal durante una o dos semanas, aunque esto no conlleve riesgos añadidos. Además, se recalca la importancia de realizar la técnica con la gestante semisentada, acompañada y en una zona bien ventilada.
- En el año 2010 la OMS y la UNESCO declararon la moxibustión y la acupuntura como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad.
- Según la OMS, el uso de la moxibustión en el embarazo con presentación podálica representa una técnica eficaz probada mediante diversos estudios clínicos controlados.

5 Discusión-Conclusión

Aunque entre la semana 28 y 32 de gestación hay un 30% de giros espontáneos hasta conseguir la posición cefálica, aproximadamente el 3'8% de las gestaciones en España llegarán a término con el feto en presentación podálica o de nalgas. Por todo esto, resulta necesario encontrar ciertas técnicas alternativas que puedan aportar a la mujer una opción más para favorecer el parto vaginal.

La cesárea electiva aparece como práctica alternativa, sin embargo, su realización conlleva riesgos asociados al tratarse de una cirugía abdominal. La versión cefálica externa, por su parte, tiene un porcentaje de éxito del 50%, por lo que aparece como alternativa aceptable y útil en estos casos. Como dato negativo se ha de resaltar que no se ofrece en todos los hospitales españoles. Además, es importante mencionar el tratamiento postural, que puede realizar la gestante en su domicilio, adoptando la posición de rezo mahometana.

Finalmente, y como aportación a la práctica clínica, debemos aumentar las futuras investigaciones para poder aportar mayor evidencia científica.

6 Bibliografía

1. Muñoz-Sellés E . Monreal-Barba M . Gauna O . DeMolina-Fernández I . Casas JC. Moxibustión en la malposición fetal. *Matronas Prof.* 2011;12(4):(4):104-109.

2. Miranda García M, Domingo Gómez C, Gómez Roig D, Goberna Tricas J. Uso de la acupuntura y moxibustión para corregir la presentación no cefálica: estudio de intervención en un centro hospitalario de tercer nivel. *Rev Int Acupunt* [Internet]. 2017;11(1):1–6.
3. Manyande A, Grabowska C. Factors affecting the success of moxibustion in the management of a breech presentation as a preliminary treatment to external cephalic version. *Midwifery* [Internet]. 2009;25(6):774–80.
4. Herrero JCD, García EF, Díez JLD, Gallego AC. Análisis de los factores que influyen en la aparición de efectos adversos en la versión ceflica externa. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2011;54(2):60–4.
5. Coyle ME, Smith C, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;2023(5).
6. Lozano González FJ, Gonzalez Ibarrarauna N, Marin Fructuoso C. Eficacia Y Práctica Segura De La Acupuntura Y La Moxibustión, Aplicadas En Embarazadas Con Presentación No Vértice. 2016;
7. Cluver C, Gml G, Sinclair M, Dowswell T, Gj H, Cluver C, et al. presentation when using external cephalic version (Review). 2015;(2).

Capítulo 42

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON CISTITS

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

La cistitis causada por microorganismos, los cuales, ingresan a la uretra y luego a la vejiga y pueden causar una infección. La infección comúnmente se desarrolla en la vejiga y también puede diseminarse a los riñones.

Un proceso inflamatorio de la mucosa de la vejiga que afecta el sistema urinario. Debido a que las mujeres tienen una uretra más corta y están más cerca de la vagina, son más propensas a la inflamación, que es más probable que sea causada por una infección bacteriana, que puede causar molestias y dolores intensos, y es un problema más grave para las mujeres. . La infección puede extenderse a los riñones. En raras ocasiones, suele ocurrir como una reacción a geles, aerosoles o ciertos medicamentos, pero también puede ocurrir como una complicación de

otra afección preexistente. Para reconocerlo, es muy importante conocer los síntomas principales. Lo mismo ocurre con las ganas constantes de orinar y el dolor. En los hombres, a diferencia de las mujeres, esta patología es mucho menos común. Es importante considerar ciertos factores de riesgo como: Enfatice si la persona está embarazada, si tiene diabetes o si tiene infecciones u obstrucciones infantiles. Esto puede permitir que las bacterias crezcan aún más. Por todas estas razones, el tratamiento adecuado es importante y el uso de antibióticos es el tratamiento más importante.

2 Objetivos

Identificar los principales síntomas que se observan en las personas con cistitis. Conocer las técnicas básicas de acicalamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La cistitis es una infección urinaria que afecta a la vejiga. La infección urinaria es la enfermedad más frecuente del aparato urinario y de todo el organismo después de las respiratorias. En el ámbito hospitalario es la infección más usual. Se define como la presencia de gérmenes en la orina. La cistitis es una condición que puede prevenirse adecuadamente siguiendo algunas indicaciones. Esto requiere el uso previo de algún tipo de crema antiséptica periuretral para drenar completamente la vejiga antes y después del coito. El diagnóstico es fiable y de alta prioridad en enfermería. El cultivo de orina y la filogenia urinaria se utilizan para el diagnóstico. Es muy importante reconocer y conocer los principales síntomas que pueden aparecer y aparecen con esta condición médica. Puntos a tener en cuenta: disuria (dificultad o dolor al orinar), polaquiuria (ocurre con una mayor frecuencia de micción), urgencia (una necesidad constante de orinar), dolor suprapúbico, malestar pélvico, febrícula, La orina maloliente es turbia y puede

acompañarse de hematuria. Para ello, es importante llevar a cabo el tratamiento correcto. Primero, comience a usar y dosificar cefalosporinas o betalactámicos durante 3 días (no se requiere cultivo de orina posterior al tratamiento).

En algunos casos, el tratamiento antibiótico no es efectivo en todos los casos de cistitis. Esto significa que no se desarrolló piuria y el urocultivo es negativo. En este caso, se deben evaluar otras condiciones médicas como vaginitis, vulvitis, trauma y alergias. Es importante tratar las complicaciones de la manera más rápida y precisa posible, enfatizando la importancia de una prevención adecuada. El no hacerlo puede resultar en una situación más seria. Existe evidencia de que las mujeres son más susceptibles que los hombres a esta infección porque tienen una uretra más corta y están más cerca del ano.

5 Discusión-Conclusión

Nuestro equipo de enfermería destaca que el patógeno primario más común en esta condición es la *E. coli*, la cual está directamente relacionada con diversos factores de riesgo, muchos de los cuales son evitables. Por lo tanto, no debemos olvidar la importancia directa de los factores de riesgo específicos mencionados anteriormente, y es de suma importancia contar con una educación sanitaria adecuada para lograr que todos los pacientes reciban el tratamiento correcto. Entre ellos, podemos centrarnos en la genética, la edad, las condiciones fisiológicas y anatómicas, entre otros.

Por último, existe evidencia de que las mujeres son más susceptibles que los hombres a esta infección.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 43

PROCESO DE CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PUERPERIO QUIRÚRGICO

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

El proceso de enfermería es un pilar de la prestación del cuidado de la salud, especialmente en situaciones de alta complejidad como la cirugía posparto. El puerperio quirúrgico se refiere al período posparto cuando una mujer se somete a un procedimiento quirúrgico, como una cesárea, para dar a luz a un niño. Durante esta etapa, la madre pasa por importantes cambios físicos y emocionales que requieren una atención especial y personalizada para su recuperación y salud. Este artículo detalla el proceso de atención a pacientes sometidas a cirugía posparto. Exploramos las etapas del proceso de atención, desde la evaluación inicial del paciente hasta la implementación y evaluación de la atención brindada. También

se analizan aspectos clave a considerar en el manejo de las complicaciones comunes asociadas a este tipo de posparto, así como estrategias para promover el autocuidado y educar a las pacientes para una recuperación óptima. La enfermería juega un papel importante en el cuidado integral de las pacientes durante la cirugía posparto. Porque las intervenciones oportunas y efectivas en enfermería pueden hacer una gran diferencia en el proceso de recuperación y prevención de complicaciones. Al combinar el conocimiento científico, las habilidades técnicas y un enfoque humano, las enfermeras crean un entorno de atención seguro y solidario, brindando a los pacientes y sus familias el apoyo que necesitan para atravesar con éxito este período único y transformador de sus vidas. Este artículo explora los fundamentos teóricos y prácticos del proceso de enfermería y se enfoca en aplicar estos principios específicamente a la cirugía posparto. Así mismo, se enfatiza la importancia de la comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria en el ámbito hospitalario para garantizar una atención integral y holística a los pacientes en este momento crítico de sus vidas. A través de este análisis en profundidad, nuestro objetivo es avanzar en el conocimiento y la comprensión de la comunidad médica y de enfermería y contribuir a la mejora continua de la calidad de la atención para las mujeres que enfrentan los desafíos de la cirugía posparto.

2 Objetivos

Analizar y describir el proceso de atención utilizado para pacientes de cirugía posparto, identificando los pasos críticos y la atención específica requerida para una recuperación exitosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El proceso de atención de las pacientes sometidas a cirugía posparto es fundamental para garantizar una recuperación óptima y prevenir complicaciones. Cada etapa del proceso de enfermería se detalla a continuación.

1.Evaluación Inicial: En esta etapa, la enfermera realiza una evaluación completa de la paciente sometida a cirugía posparto. Esto incluye la obtención de información sobre cualquier procedimiento quirúrgico realizado, la salud general del paciente, el historial médico y obstétrico y las complicaciones durante el parto o la cirugía. También se evalúa el dolor, la presencia de sangrado vaginal y la función cardiovascular, respiratoria y gastrointestinal.

Diagnóstico de Enfermería: Con base en la evaluación inicial, la enfermera determina los problemas de salud y necesidades específicas del paciente. Los diagnósticos de enfermería posnatales más comunes incluyen, entre otros, "dolor agudo asociado con la incisión quirúrgica", "riesgo de infección asociado con la cirugía" y "patrones de sueño alterados asociados con la atención neonatal".

2.Plan de Enfermería: Con base en el diagnóstico de enfermería determinado, la enfermera elabora un plan de enfermería individualizado para el paciente. Esto incluye identificar las metas y objetivos de la atención y las intervenciones específicas que deben implementarse para abordar cada problema o necesidad de salud.

3.Implementación de la atención: en esta etapa, las enfermeras implementan las intervenciones planificadas para brindar la atención necesaria a los pacientes. Esto incluye administrar analgésicos para controlar el dolor, monitorear de cerca las incisiones quirúrgicas para detectar signos de infección, alentar el descanso y el ejercicio temprano, y educar a los pacientes sobre el cuidado personal y las señales de advertencia.

4.Evaluación de enfermería: las enfermeras evalúan continuamente la respuesta del paciente a las intervenciones proporcionadas y el progreso hacia el logro de los objetivos del plan de atención. Evalúe periódicamente los signos vitales, el estado de la incisión quirúrgica, el grado de sangrado vaginal y la comodidad de la paciente. Cualquier cambio en la condición del paciente o posibles complicaciones se resuelven de manera oportuna.

5.Manejo de Complicaciones: Las enfermeras deben estar preparadas para reconocer y manejar las complicaciones que puedan surgir durante la cirugía posparto. Las complicaciones comunes incluyen infecciones del sitio quirúrgico, sangrado, trombosis venosa profunda y problemas de lactancia. El manejo adecuado de estas complicaciones es fundamental para garantizar una recuperación

óptima y prevenir complicaciones graves.

6. Fomentar el autocuidado y la educación del paciente: las enfermeras desempeñan un papel clave en la promoción del autocuidado y la educación del paciente para una recuperación óptima durante la cirugía posparto. Esto incluye proporcionar información sobre cómo tratar adecuadamente las incisiones quirúrgicas, cómo cuidar las suturas y las grapas, cómo prevenir infecciones y cómo fomentar la lactancia materna. Además, brinda información sobre señales de advertencia que requieren atención médica inmediata.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los cuidados de enfermería durante el postoperatorio del parto son fundamentales para asegurar una recuperación exitosa de la paciente y una mejor calidad de vida. Las enfermeras juegan un papel clave en el manejo exitoso de este período crítico del posparto a través del proceso de atención integral, desde la evaluación inicial hasta la prestación y evaluación de la atención. Una evaluación integral permite la identificación temprana de posibles complicaciones y necesidades específicas del paciente, lo que facilita la planificación de una atención individualizada eficaz. La implementación cuidadosa de intervenciones para manejar los problemas de salud identificados, incluido el manejo del dolor, la prevención de infecciones y el apoyo emocional, puede ayudar a optimizar la recuperación y reducir el riesgo de complicaciones. La evaluación continua del paciente garantiza que la atención esté alineada con el proceso de recuperación y permite una atención individualizada para satisfacer las necesidades cambiantes. Además, el apoyo y la educación de las enfermeras promueven la participación activa en el autocuidado y la recuperación del paciente, lo que les permite tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar. La atención quirúrgica posparto va más allá de la asistencia técnica y abarca aspectos humanos y emocionales, brindando una respuesta cálida y sensible que contribuye a la confianza y comodidad de la paciente durante este período de transición. Del mismo modo, el manejo adecuado de las posibles complicaciones puede evitar problemas mayores y garantizar una mejor experiencia postoperatoria.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 44

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE POLIMEDICADO

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

CARLOS MOLINA INIESTA

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

La polifarmacia o polimedicación significa tomar o administrar cinco o más medicamentos, todo cuantitativo. Cualitativamente hablando, se trata del uso de medicamentos sin receta o combinaciones de medicamentos que interactúan entre sí por razones como las comorbilidades del paciente. Las respuestas de atención en ambulancia son porcentajes, con respuestas de hospitalización de ancianos por sobredosis de drogas. El aumento de la ingesta de medicamentos por parte de los pacientes generalmente se debe al envejecimiento de la población, así como al aumento de las comorbilidades y las afecciones médicas crónicas que ponen a las personas en riesgo de polifarmacia. Varios factores influyen en la polifarmacia, incluidos factores biológicos, psicológicos, sociales y específicos del sistema de salud. Estos factores deben tenerse en cuenta al abordar pacientes multimedicados. Según Virginia Henderson, se deben cumplir 14 necesidades básicas

cuando una enfermera valora a un paciente. Confiamos en Nanda cuando necesitamos hacer un diagnóstico de enfermería. Este debe cumplir objetivos como el sueño, el cuidado de la incontinencia urinaria, la marcha, la promoción del ejercicio, la salud bucal y el manejo de medicamentos. Una consecuencia importante de la polifarmacia son las interacciones medicamentosas que, además de las interacciones medicamentosas, a menudo afectan el estado general del paciente y producen efectos secundarios no deseados. Todos estos factores y sus consecuencias aumentan la probabilidad de que las personas mayores sean hospitalizadas y se caigan, y pueden contribuir a aumentar la morbilidad e incluso la mortalidad.

2 Objetivos

Definir y visualizar la polifarmacia o polifarmacia por equipos de enfermería y desarrollar los factores que intervienen en su ocurrencia.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros, también se consultaron artículos en las principales bases de datos Pubmed, Medline, Dialnet y Google Scholar, y se seleccionaron artículos de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

Se entiende como polimedicación en términos cualitativos, el tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que en los criterios cuantitativos se establece un límite en el número de fármacos empleados. De forma crónica se establece que la polimedicación suele establecerse a partir de cinco medicamentos, lo cual hay una relación independiente con el uso inadecuado de los medicamentos.

A la hora de hablar de un paciente polimedicado se pueden distinguir tres situaciones:

- Polimedicación adecuada: cuando el paciente toma muchos medicamentos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso es mejorar la situación terapéutica.

- Polimedicación inadecuada: cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo en este caso es reducir el máximo posible el número de fármacos inadecuados.

- Pseudo Polimedicación: sería el caso en el que el paciente tiene registrado más fármacos de los que realmente toma. El objetivo en este caso sería actualizar los registros y coordinar adecuadamente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados.

Existen dos patrones diferentes en los pacientes polimedicados; uno sería un paciente con una sola enfermera que requiere múltiples medicamentos, como sería, por ejemplo: un paciente portador de VIH. El otro paciente, generalmente mayor, con morbilidad, donde cada enfermedad precisa de uno o varios medicamentos como, por ejemplo: un paciente diabético, hipertenso y dislipémico. Se considera que un paciente polimedicado es frágil cuando le faltan recursos físicos, psíquicos o sociales para evitar riesgos a consecuencia de la polimedicación, y no frágiles a los que cuentan con tales recursos.

Existen numerosos factores asociados a la polimedicación:

- Los que son factores dependientes del paciente: como suelen ser los aspectos físicos, psicológicos, familiares y sociales del paciente.

- Del sistema sanitario: los contactos con los servicios sanitarios en los últimos tres meses, ingresos hospitalarios, acudir a diferentes farmacias y haber tenido consultas entre distintos especialistas.

- Los factores de la sociedad en su conjunto.

Algunos determinantes de la polimedicación exceden lo estrictamente sanitario y pertenecen más al ámbito de lo social. Cualquier intento de describir la polimedicación y la adecuación farmacológica, así como toda la intervención que considere entre sus objetivos adecuar la polimedicación y reducir sus efectos negativos, debe tener en cuenta los determinantes de forma global e integral. Para realizar una evaluación del paciente polimedicado es necesario evaluar no sólo los aspectos biomédicos, sino también los factores psicológicos, funcionales y sociales, que es fundamental para entender la situación del paciente polimedicado.

Clásicamente, se divide en dos métodos:

- Sistemas implícitos: se basan en juicios clínicos y suelen tener en cuenta resultados en salud y suelen ser más válidos.

- Sistemas explícitos: se basan en criterios previamente definidos, y, por tanto, suelen ser más fiables, aunque no tienen en cuenta la particularidad de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de polifarmacia, nos referimos al uso activo o abuso de drogas. Esta polifarmacia en pacientes sin receta previa puede conducir a la hospitalización y muerte del paciente. Cabe señalar que existen varios factores que influyen en la polifarmacia del paciente, incluidos factores biológicos, psicológicos, sociales y del sistema de salud.

Al referirse a pacientes polimedicados, es necesario reconocer la diferencia entre polimedicación propia, polimedicación inadecuada y cuasimedicación. También sabemos cómo distinguir entre pacientes que toman múltiples medicamentos para una sola enfermedad y pacientes con múltiples enfermedades. Se pueden usar dos métodos, explícito e implícito, cuando se evalúan pacientes con múltiples medicamentos. Es muy importante recalcar que uno de los principales impulsores de los pacientes drogadictos es el sistema de salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 45

ACTUACIÓN ANTE COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO EN LA LACTANCIA MATERNA

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

PAULA HERRÁIZ PINO

ANDREA GÁLLEGO ALISES

1 Introducción

Como ya se conoce, las ventajas de la lactancia materna tanto para la puérpera como para la vida del recién nacido son innumerables (previene la obesidad infantil, el desarrollo de enfermedades (diabetes, cardiovasculares...), ayuda en el desempeño intelectual y cognitivo infantil...) y además, promueve un frecuente y estrecho contacto físico con el lactante, creando vínculo afectivo, que resulta óptimo para su desarrollo y hace que la madre experimente un gran sentimiento de satisfacción y autoestima, de mejorar su recuperación tras el parto.

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos nacionales e internacionales recomiendan que todos los lactantes sean amamanta-

dos en exclusiva durante los primeros seis meses, y, junto con otros alimentos complementarios, mientras madre e hijo lo deseen.

Por lo que, todos los profesionales que atienden al binomio madre/bebé, además de ser conscientes de las ventajas que tiene para ambos, tienen que saber cuáles son los principales problemas que pueden aparecer y ocasionar el destete precoz. Estos problemas son multifactoriales; la bibliografía señala entre las principales: traumatismos en los pezones, mastitis, problemas socioeconómicos de la familia, falta de asesoramiento por parte de los profesionales de la salud, y, reincorporación de la madre al trabajo. Sin embargo, está cobrando más visibilidad las causas de destete derivadas de las diferentes dificultades que presenta el recién nacido en la lactancia materna (enfermedades congénitas como cardiopatías, paladar hendido o labio leporino; presencia de anquiloglosia...).

2 Objetivos

- Describir cuáles son las causas de destete derivadas de las dificultades que presenta el recién nacido en la lactancia materna y su manejo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Entre las principales dificultades que presenta el recién nacido en la lactancia materna, se encuentra la torticollis postural.

Se define como una postura asimétrica y permanente de la cabeza y del cuello en relación con el plano de los hombros. Se debe a una retracción unilateral del músculo esternocleidomastoideo (ECM), cuya compleja anatomía explica perfectamente la desviación en inclinación homolateral, en traslación y en rotación contralaterales.

La malposición de la cabeza es el resultado de un acortamiento del músculo ECM por un proceso difuso de fibrosis de este músculo. La causa exacta de este proceso sigue siendo dudosa. La hipótesis más extendida es la del desgarro traumático durante el parto, que provoca un hematoma muscular que secundariamente da lugar a tejido fibroso. Esta hipótesis está basada en la elevada incidencia de trabajo de parto laborioso y expulsión difícil. La tortícolis es más frecuente en las primíparas, más afectadas por las malposiciones fetales y las excesivas limitaciones de espacio intrauterinas que explican, por una parte, la frecuencia de partos difíciles ligados a la tortícolis y, por otra parte, la asociación del tortícolis con la enfermedad luxante de cadera, malposiciones del pie o de los dedos, prueba del síndrome postural asimétrico.

La exploración física es suficiente al evidenciar una retracción del ECM, asociada o no a un tumor palpable, responsable de la postura espontánea asimétrica y de la limitación de las movilidads de la cabeza y del cuello. El examinador debe buscar una asimetría facial y una plagiocefalia asociadas, sin olvidar una displasia de cadera, anomalías de los pies o una escoliosis que señalan una excesiva limitación del espacio intrauterino.

Se debe buscar una plagiocefalia; en los niños que duermen de espaldas, un aplanamiento del cráneo del lado opuesto al tortícolis, y en los niños que duermen boca abajo, un aplanamiento del macizo facial del lado del tortícolis.

El desfase de la altura de los hombros y de las orejas se hacen visibles. En una exploración más minuciosa se observa de hecho una verdadera dismorfia craneofacial asociada a un hundimiento del relieve de las cejas y del arco cigomático, una desviación del mentón y de la nariz y un desfase hacia abajo y por detrás de la oreja.

El ECM se activa fuertemente durante la lactancia y ayuda en la creación de succión y actúa como un músculo respiratorio accesorio (tirando de la caja torácica hacia arriba). La restricción puede contribuir a una succión débil y una menor capacidad aeróbica en los lactantes con tortícolis.

Se tiene que abogar por tomas breves y frecuentes.

La posición más adecuada sería boca abajo con la cabeza extendida para abrir las vías respiratorias, la posición de tummy twist position (girar la parte inferior del cuerpo del bebé para que el abdomen descansa contra los muslos de la madre, lo que gira la cabeza y el tronco del bebé hacia la madre) o la posición de spiderman (hip straddle) (sentar al bebé contra la cadera de la madre y permitir que la cabeza gire hacia la madre).

Mantener a la madre y al bebé organizados reduciendo los estímulos ambientales y manteniendo un comportamiento tranquilo y empático también ayuda a conservar los recursos para la alimentación.

Los bebés con asimetría facial pueden tener dificultades motoras orales. La función de las mejillas, los labios y la mandíbula puede verse comprometida en el lado más débil. Si hay un espacio en la comisura de la boca, se tiene que cerrar presionando la mejilla con la yema del dedo con una tracción suave hacia el seno. Un buen sellado es vital para producir las presiones intraorales responsables de la transferencia de leche. El apoyo de la mandíbula puede ayudar a los bebés con asimetría mandibular y movimientos mandibulares débiles.

Es importante ofrecer consejos a los padres en relación con la colocación del bebé en la cuna y las maniobras al despertar. No se recomienda el decúbito ventral, que tiende a fijar la mala posición del tortícolis manteniendo la lesión. La cuna debe orientarse de tal manera que la luz obligue al recién nacido a girar la cabeza en el sentido de la corrección de su tortícolis. Así mismo, los contactos con la madre y los estímulos se deben realizar siempre del lado de la corrección activa, y los juguetes deben colocarse en el lado corrector. Junto a estos consejos, se deben ofrecer ejemplos de movimientos suaves para hacer girar la cabeza del lado patológico.

Se puede encontrar también, a recién nacidos con problemas neurológicos que nos dificulten el inicio e instauración de la lactancia materna.

Entre los problemas neurológicos, se encuentra a recién nacidos con hipotonía (flacidez, falta de movilidad, poca resistencia), como hipertonía (tono muscular alto, extremidades rígidas, dificultad para moverse, espasmos musculares).

En estos recién nacidos se debe facilitar el contacto piel con piel lo más pronto posible, estimular los reflejos de búsqueda y succión con el dedo, para percibir el tono muscular y la posición de la lengua, estimular el reflejo de eyección de leche para facilitar el agarre. En caso de hipotonía puede ayudar la posición de “dancer”. En caso de hipertonía, la madre puede contrarrestar con un dedo el cierre de la mandíbula, presionando suavemente la barbilla del niño mientras mama.

Otro problema que se puede encontrar en la práctica clínica es el recién nacido con labio leporino y paladar hendido.

El labio leporino y el paladar hendido pueden producirse por separado o los dos a la vez. El primero consiste en una hendidura o separación del labio superior, mientras que el segundo, consiste en una grieta en el paladar que lo comunica con la cavidad nasal.

Las dificultades que presentan en la lactancia materna son un mal agarre, mala

succión, ausencia de sello, atragantamientos, salidas de leche por la nariz, mayor cansancio y duración de las tomas.

Se puede conseguir la lactancia materna ayudándose de distintas técnicas que la facilitan y mejoran el tono muscular de la cara y la lengua. Las técnicas más adecuadas en estos recién nacidos son las de rugby o dancer.

En el caso del labio leporino se puede utilizar el dedo pulgar de la madre para sellar el espacio que queda entre el labio del lactante y la mama de la madre. Esto permite hacer el sellado necesario para una succión eficaz. También es recomendable estimular la bajada de la leche mediante un masaje en los pechos. Todas estas medidas facilitan la succión y permiten una adecuada extracción, con una deglución sin atragantamientos ni reflujo nasal.

Si la hendidura es muy extensa y es más difícil lactar, se puede extraer la leche materna y dársela al niño con biberones y tetinas especiales para labio leporino y paladar hendido (biberón mead/johnson para labio leporino/paladar hendido, el biberón y la tetina haberman o la pigeon). Existen también obturadores palatinos. A veces también se puede usar un biberón regular y una tetina en la que se ha recortado una "X" grande.

La leche materna en los niños con labio leporino o paladar hendido aporta beneficios, como son menos infecciones de oído y que se irritan menos las mucosas nasales y las vías respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los factores que más contribuye al éxito de la lactancia materna es la ayuda recibida por profesionales de la salud.

La enfermería presente en plantas obstétricas, así como, las matronas y enfermeras de comunitaria, somos un profesional fundamental en el éxito de la lactancia materna, y, debemos estar en constante formación en ella. Es importante tener información de cómo afecta que, el recién nacido presente alguno de estos problemas, a la hora de la instauración y mantenimiento de la lactancia materna y, poder tener así, más herramientas para realizar su detección, valoración y asesoramiento, tanto a niveles hospitalarios como a niveles comunitarios.

6 Bibliografía

1. Watson Genna, C; BS, IBCLC: Breastfeeding infants with congenital torticollis. Journal of Human Lactation. 2015. Vol.31 (2) 216-220.

2. Peyrou P, Lefevre Y.: congenital muscular torticollis. EMC – Aparato locomotor 2015; 48(2):1-10 [Artículo E – 14-492].
3. Murthy PS, Deshmukh S, Murthy S. Assisted breastfeeding technique to improve knowledge, attitude, and practices of mothers with cleft lip- and palate-affected infants: A randomized trial. Spec Care Dentist. 2020;1-7
4. Lauren L. Madhoun, PhD, CCC-SLP: breast milk feeding practices and barriers and supports experienced by mother-infant dyads with cleft lip and/or palate. The Cleft Palate-Craniofacial Journal 2019.
5. Redondo Collado D., Fraile García P., Segura del Arco R., Villena Coronado G., Rodríguez Puente Z., Boix García-Atance L., Postigo Mota F: abordaje de las dificultades más frecuentes en la lactancia materna. FAME. 2016.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Capítulo 46

ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

1 Introducción

La insuficiencia renal crónica es una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, donde el paciente pierde la capacidad para filtrar y limpiar la sangre, el agua y los productos de desecho, acumulando líquido y productos de desecho en el organismo, los cuales pueden ser tóxicos.

Los riñones actúan de filtro retirando de la sangre el exceso de agua y los productos de desecho. Los individuos con insuficiencia renal crónica no tienen la capacidad de limpiar la sangre, necesitando diálisis, siendo la más común la hemodiálisis.

Antes de comenzar este tratamiento, tiene que haber una manera de poder extraer la sangre del organismo y volver a introducirla.

La fístula arteriovenosa interna, llamada FAVI, es una conexión quirúrgica directa de una arteria a una vena que permite el flujo elevado de sangre, así como disponer de una vena en condiciones óptimas para la punción. La FAVI se realiza en pacientes que precisan de hemodiálisis.

El cuidado de la fístula es esencial en estos pacientes, ya que garantiza un acceso directo al torrente sanguíneo.

El personal de enfermería es el profesional encargado de brindar esos cuidados, a la vez que enseña al paciente a cuidar de su fístula.

Los cuidados pueden dividirse en tres tipos: cuidados pre y post quirúrgicos, cuidados generales y cuidados antes y después de una sesión de hemodiálisis.

2 Objetivos

El principal objetivo fijado para este presente capítulo es establecer las actividades de enfermería para el cuidado de la fístula arteriovenosa interna.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La FAVI precisa unos cuidados específicos y continuados que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento. Los cuidados de enfermería estarán enfocados en función del período en el que se encuentre el paciente. Estos cuidados van a ser de 3 tipos, como:

1. Cuidados en el periodo prequirúrgico y postquirúrgico: los cuidados prequirúrgicos se inician con los programas de educación al paciente, la monitorización y la vigilancia del futuro acceso. Respecto a los cuidados posquirúrgico inmediato y tardío, enfermería se centrará en observar y detectar complicaciones que produzcan el fracaso de la FAVI.

2. Cuidados generales:

- Mantener una correcta higiene corporal.

- Evitar golpes y rozaduras en el brazo donde esté situada la fístula, ya que puede llevar a que deje de funcionar o que se produzca sangrado.
- No cargar peso con ese brazo.
- No tomar la tensión arterial en el brazo de la fístula.
- Evitar apoyarse sobre el brazo de la fístula al descansar.
- No llevar ropas apretadas, bolsos, relojes u objetos que aprieten el brazo de la FAVI.
- Indicar al paciente que comunique al personal sanitario cualquier cambio que se produzca en el aspecto de la fístula.
- No puncionar el brazo portador de la fístula para realizar una extracción de sangre.

3. Cuidados antes y después de una sesión de hemodiálisis: el objetivo de estos cuidados es evitar posibles complicaciones derivadas de una higiene deficiente (infecciones) poniendo en peligro la integridad de la fístula. Los cuidados irán enfocados a que el paciente se duche en el domicilio antes de acudir a diálisis, a pesar de que en la unidad se procederá nuevamente al lavado del brazo con jabón antiséptico y a desinfectarlo. Dentro de los cuidados tras la sesión de hemodiálisis, se encuentran realizar hemostasia colocando después un apósito. Si aparecieran hematomas, aplicar pomadas específicas varias veces al día masajeando la zona.

5 Discusión-Conclusión

Tras esta revisión se puede concluir que el bienestar integral y la seguridad del paciente portador de una FAVI son los principales objetivos que debe tener en cuenta el profesional de enfermería. Las actividades e intervenciones de cuidado que realiza enfermería sobre la FAVI para lograr su desarrollo están basadas en conservar y mantener un óptimo funcionamiento de la fístula.

Para realizar las actividades necesarias para el buen cuidado de la FAVI, es esencial que el profesional de enfermería esté perfectamente formado y cualificado en esta materia, brindando los mejores cuidados en las diferentes etapas que se encuentre el paciente con su FAVI.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 47

MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LAS ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS PROCEDENTES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

1 Introducción

Los virus que originan la infección por virus de inmunodeficiencia humana virus (VIH) son retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN mediador, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, derivada del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este conjunto enzimático consiente copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Esta causa para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es aplicable a estos virus.

De este modo, la familia de los retrovirus está fraccionada en varias subfamilias: oncoviridae, espumaviridae y los lentiviridae, las cuales tienen, desde el punto

de vista de sus operaciones biológicas, diferentes particularidades y características. Estos últimos originan inmunodeficiencia, pues motivan la pérdida lenta y progresiva de las células que infectan. Dentro de este subgrupo los que incitan la enfermedad en los seres humanos son el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986, respectivamente.(1).

Se analiza las patologías que son motivo de un ingreso urgente en los enfermos infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)). el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) al mismo tiempo de favorecer la aparición de infecciones y tumores poco habituales ha modificado la expresividad clínica de otras enfermedades consideradas más comunes. Así, la como la tuberculosis (TBC) es extrapulmonar o diseminada; la sepsis por salmonella no typhi es muy recurrente, y la sífilis puede presentarse como formas meningovasculares graves o sin una respuesta serológica.

2 Objetivos

- Analizar las patologías en síndrome de virus de inmunodeficiencia humana por enfermería, las cuales se exponen y su afectación a los sistemas y funciones del organismo en cuanto a patología respiratoria, neurológica, cutánea, digestiva, cardiovascular, purpura.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado publicaciones y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Por aparatos localizamos:

- Patología respiratoria. Es el origen de consulta más frecuente, sobre todo neumonía por pneumocystis jirovecii y carinii, bronquitis o traqueo- bronquitis agudas, TBC y neumonía bacteriana. Otros un poco menos habituales son neumonía

por citomegalovirus, infección por micobacterias atípicas, nocardia, criptococosis pulmonar, sarcoma de Kaposi, candidiasis broncopulmonar, neumonía por herpes simple, etc. Los enfermos con clínica aguda o subaguda de infección bronquial con producción de tos, expectoración purulenta y roncus, con radiografía normal y con ausencia de insuficiencia respiratoria, pueden ser tratados de modo ambulatorio con eritromicina o amoxicilina- clavulánico. Para enfermos con un esputo positivo en micobacterias, isoniacida, pirazinamida, rifampicina y etambutol. Como el pneumocystis no consigue ser cultivado, el diagnóstico se basa en la presunción de pneumocystis se establecerá en una clínica diferente de la asociada a otros modos de inmunodepresión (aparición de disnea de esfuerzo, tos no productiva, fiebre durante días o semanas, además de una radiografía que evidencia infiltrados pulmonares intersticiales difusos y bilaterales, e hipoxemia con incremento del gradiente alvéolo-arterial de oxígeno).

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se concierne con el desarrollo precoz de enfisema pulmonar y una mayor prevalencia de un patrón obstructivo en la espirometría en enfermos infectados, aunque hay que tener en consideración que, en la mayoría de los sucesos, los enfermos presentaban un hábito tabáquico.

También se ha observado que estos enfermos están más vulnerables y pre-dispuestos a desplegar tuberculosis, ser infectados por el virus H1N1 y sufrir hipertensión arterial pulmonar.

El fármaco de elección en cuanto a la patología respiratoria, para el tratamiento de neumonía por pneumocystis es el trimetoprim-sulfametoxazol. La afectación pulmonar en modo de embolias sépticas es la forma de comienzo de una endocarditis en enfermo adicto a drogas por vía parenteral.

La incidencia de cáncer de pulmón en enfermos infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha aumentado desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad.

- Patología neurológica. Incluyen encefalitis aguda por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), encefalopatía subaguda o demencia causada por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), mielopatía subaguda, toxoplasmosis cerebral, criptococosis, encefalitis por citomegalovirus, linfoma cerebral primario, meningitis por micobacterias y leuco-encefalopatía multifocal progresiva. La consulta tiene lugar por aparición de focalidad neurológica o convulsiones, disminución del nivel de conciencia, síndrome meníngeo e incluso fiebre sin focalidad. Si el cuadro es muy difuso y sin focalidad unilateral, conviene ejecutar diagnóstico diferencial con intoxicación por opiáceos u otros fármacos. Se han de corregir los trastornos metabólicos. Junto a estos efectuamos una punción lumbar, TAC

cerebral o RMN. La presencia de cefalea intensa no traumática, ataxia, fiebre, escaso síndrome meníngeo y un TAC con dilatación ventricular, sugiere la infección por criptococo. Una TAC con masas hipodensas, únicas o múltiples, con captación periférica de contraste sugieren encefalitis por toxoplasma, iniciando un tratamiento pirimetamida y sulfadiazina. De modo concomitante se administran anticomieles y el edema cerebral se trata con dexametasona.

- Fiebre sin focalidad de más de una semana de evolución. Se ha de ejecutar una anamnesis muy detallada y minuciosa, junto a un hemograma, bioquímica, hemocultivos para bacterias y micoplasma, así como radiografía de tórax y abdomen. Entre las causas habituales de estos cuadros consideramos diseminación de micobacterias, citomegalovirus, criptococo, sepsis por salmonella, endocarditis del adicto a drogas, y el síndrome constitucional.

- Patología cutánea. Entre estas se encuentra la dermatitis seborreica, foliculitis, alopecia, vasculitis leucocito-clástica, sarcoma de Kaposi, herpes simple, (lesiones en mucosa y labios), herpes zoster (su incidencia se incrementa de manera exponencial en el enfermo infectado por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y puede debutar como la primera manifestación de la enfermedad), engrosamiento hiperqueratósico blanquecino de los bordes laterales de la lengua e invasión cutánea por linfoma y micobacterias. Las toxicodermias tienen una elevada incidencia en relación con el tratamiento con unas dosis altas de sulfamidas en la neumonía por pneumocystis carinii. También flebitis sépticas o infecciones de partes blandas, como patología más benigna.

- Patología digestiva. La elevada incidencia de patología orofaríngea en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) obliga a una revisión muy detallada de la cavidad en todos los enfermos. Candidiasis orofaríngea, manchas blancas con un fondo eritematoso, y mucositis por herpes simple oral y anal, son las entidades más frecuentes. La primera se trata con nistatina o miconazol, reservando ketoconazol y fluconazol para casos más severos o rebeldes. Suelen ser patologías recurrentes. En el segundo caso, el tratamiento es aciclovir o famciclovir vía oral. Otras patologías menos acostumbradas son leucoplaquia vellosa en los márgenes de la lengua, relacionada con papovavirus y el virus de Epstein-Barr, que no suele requerir tratamiento, salvo en ciertos casos rebeldes que lo haremos con aciclovir. El sarcoma de Kaposi, sobre paladar óseo, puede observarse en forma de masas sobreelevadas de color rojo y este tipo de tumor también puede ocasionar una hemorragia digestiva alta en función de su ubicación (sarcoma gástrico y/o duodenal). El esófago habitualmente está afectado por candidiasis, citomegalovirus y herpes. Se ha de iniciar el tratamiento con ketoconazol o fluconazol. La diarrea está presente en el 50 y hasta el 90 % de los enfermos con SIDA y en el 45 al 88 % de

los casos puede llegar a identificarse el agente etiológico de la misma. Puede ocasionar diarrea crónica y conducir al síndrome de malabsorción. El tratamiento es con zidovudina. A veces, la diarrea se debe a infección intestinal por *cryptosporidium*, *isospora*, *salmonella*, *shigella*, *giardia*, *amebas*, etc.

- Púrpura. La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el origen más frecuente de trombopenia. El cuadro es indistinguible de la púrpura trombopenia idiopática clásica, caracterizado y particularizado por la aparición de púrpura y equimosis, trombopenia y normalidad de las restantes series, médula ósea con un incremento de megacariocitos y presencia de anticuerpos antiplaquetarios. Se emplea habitualmente prednisona a dosis de 1 mg/kg/día. Otras alteraciones hematológicas concomitantes son la anemia, leucopenia, trombopenia o inclusive la combinación de ellas.

- Patología cardiovascular: la pericarditis es la manifestación cardíaca más acostumbrada en enfermos infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), originado en 1 de cada 5 enfermos por un derrame pericárdico. La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) también origina y ocasiona enfermedad miocárdica (miocardiopatía dilatada), acrecienta el riesgo de desarrollar hipertensión arterial y pulmonar (con o sin cor pulmonale), enfermedad arterial periférica, estados de hipercoagulabilidad, prolongación del intervalo QT, dislipemias (disminución de los niveles de cHDL y cLDL con incremento de los triglicéridos), arteriosclerosis, diabetes, síndrome metabólico y enfermedad coronaria.

5 Discusión-Conclusión

Con la ejecución de la atención de la salud a las personas con VIH/sida en los consultorios médicos de la familia, el equipo de salud debe tener en consideración estos aspectos puntuales para ofrecer un servicio exhaustivo a los enfermos y concretar los nuevos cambios que ha experimentado el programa.

La variedad de las investigaciones relacionadas y no relacionadas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que atañen a las personas afectadas por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) requerirá de un manejo multidisciplinario por parte de las diversas especialidades de la medicina y la cirugía como también de otras profesiones de la salud por lo que se deben instituir redes formales de consulta y derivación al interior de los Servicios de Salud que certifiquen a estas personas la atención por profesionales calificados y tiempos máximos entre solicitud y asignación de horas, el acceso expedito y oportuno a estudios de imágenes, hospitalización de baja complejidad y en unidades de cuidados intensivos.

El rol de enfermería y de la Atención primaria de salud es trascendental en la detección, consejería y desviación oportuna de los casos positivos al nivel de atención ambulatoria de especialidades.

6 Bibliografía

1. Lamotte Castillo José Antonio. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [citado 2022 Feb 10] ; 18(7): 993-1013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es.
2. González Labrador, Ignacio, Arteaga Mena, Diana, & Frances Márquez, Zoraida. (2015). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral, 31(1), 98-109. Recuperado en 08 de febrero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100013&lng=es&tlng=es.
3. Mendoza Altuna Teresa. Síndrome de inmunodeficiencia común variable a propósito de un caso. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Feb 08] ; 59(233): 444-447. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000400008&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000400008>.
4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)/SIDA. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2010 Jun [citado 2022 Feb 08] ; 27(3): 239-276. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000300013>.

Capítulo 48

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN PACIENTES CON CATÉTER CENTRAL PERIFÉRICO

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

1 Introducción

La inserción del catéter central periférico en la vena basilica consiste en una vía larga y larga y flexible que se introduce en la zona superior de la flexura del brazo del paciente, para poder introducir medicación de tal manera que se llega a una de las venas cercanas del corazón.

Este tipo de vías son responsabilidad de la enfermera por orden del facultativo llega a uno de los conductos cercanos al corazón en su zona proximal y en su parte distal puede tener varias luces, normalmente se utilizan de dos luces para los pacientes de las plantas y de tres luces para los pacientes de las unidades de críticos.

Cada una de las luces tiene unas llaves de tres pasos con un tapón en el extremo que se suele conectar a un sistema de medicación para poder administrar al paciente lo que necesita sin necesidad de estar pinchándole para ello. El paciente

puede tener numerosas necesidades como tomar muestras de sangre, administrar líquidos, transfusión de sangre, nutrición parenteral, o simplemente medicación. Este tipo de vías con los cuidados de enfermería necesarios pueden utilizarse durante de forma continuada durante año y medio para facilitar cualquier proceso de curación al paciente que lo porta. La enfermera es responsable de cuidarlo para evitar su infección y obstrucción.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo

- Dar a conocer, como profesional sanitario formado en enfermería, algunas cuestiones básicas concernientes con los cuidados y mantenimiento del catéter periférico central.

Como objetivo secundario:

- Unificar criterios y perfeccionar los protocolos y la asistencia sanitaria respecto a este tipo de vías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las vías periféricas centrales son responsabilidad de la enfermera a través del conducto pequeño y flexible que evita una técnica invasiva hacia el paciente de forma continuada. Este catéter se puede lavar y tapar con los objetos adecuados cuando no se utiliza y conlleva una serie de cuidados que previenen estancias más largas en los centros sanitarios. En caso de infección de la vía se aconseja la retirada y la introducción en otra zona del cuerpo del paciente.

Al ser una vía que va directamente abocada al corazón debe realizarse su inserción de forma estéril para evitar infecciones. La forma y los cuidados de los

mismos conlleva unos apósitos estériles especiales que deben evitar manipularse y cambiarse únicamente cuando sea necesario.

La higiene de manos debe realizarse con mayor pulcritud a la hora de la manipulación de estos catéteres. Debe curarse con clorhexidina y la parte interna con sustancias que eviten la obstrucción en el caso de que alguna de las luces lleve tiempo sin usarse como por ejemplo suero fisiológico o heparina.

Se describe un protocolo de cuidados de este catéter por parte de la enfermería a aquellos usuarios del sistema sanitario que lleven este tipo de vías:

- Evitar ejercicios bruscos y esfuerzos después de haberse insertado este catéter.
- Evitar utilizar objetos cortantes cerca de la vía porque puede cortarse la misma y provocamos mayor traumatismo al paciente.
- No practicar deportes bruscos o de contacto.
- Pegar el extremo distal de la vía al paciente con apósitos para evitar que los enganche el paciente y se lo extraiga a la vez que se evita mojarse en la higiene del paciente y se protege de cualquier infección nosocomial.
- Higiene y curas en la parte distal de la vía central periférica para evitar problemas mayores como una sepsis.
- La inserción del catéter conlleva una técnica estéril para la enfermera que los realiza y conlleva el apoyo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- La orden de su inserción proviene del médico responsable del usuario del sistema.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, esta técnica invasiva de inserción de catéteres periféricos centrales es una delegación y aumento de las responsabilidades de esta categoría profesional que evita mayores traumatismos para el paciente frente a una vía central. Esta técnica es menos invasiva y peligrosa para el usuario.

Es básico para conservar, mantener y cuidar estas vías la educación al paciente marcando las pautas para que en lo que este pueda cuide la vía, pero conlleva una formación específica por parte de la enfermería que en muchos casos declina la responsabilidad de su inserción a las enfermeras de los servicios especiales como las de las unidades de críticos o de cuidados intensivos.

La categoría profesional de la enfermería debe formarse y se le debe facilitar esta formación para atender a los pacientes en base a los cuidados de la bioética.

6 Bibliografía

1. <https://spaoyex.es>.

Cuidados del PICC - spaoyex.

2. <https://enfermeriacreativa.com>.

Mantenimiento y Cuidados del PICC - Enfermería Creativa.

3. <https://libraria.xunta.gal>.

Procedimiento, cuidado y manejo del catéter central de inserción.

4. Silva Bretas Tereza Cristina, Silva Fagundes Magna Ferreira, Versiani Clara de Cássia, Marques Andrade Frederico. Conocimiento del equipo de enfermería sobre la inserción y mantenimiento del catéter central de inserción periférica en recién nacidos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2022 Sep 14] ; 12(32): 11- 20. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400002&lng=es)

61412013000400002&lng=es.

5. <https://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/11/Protocolo-CVP-Logos.pdf>.

6. [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/ user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_)

2012/h4_cuidadomto_cateter_periferico.pdf.

7. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidadosdelcateter-intravenoso-periferico/>.

Capítulo 49

TAREAS DE LA ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

1 Introducción

La enfermería medicoquirúrgica es una disciplina esencial en el campo de la atención de la salud, que abarca una amplia gama de conocimientos y habilidades para brindar cuidados a pacientes que requieren cirugía y atención médica especializada. Esta rama de la enfermería se encuentra en el corazón de la atención hospitalaria, proporcionando cuidados a individuos que enfrentan procedimientos quirúrgicos, enfermedades agudas y crónicas, y recuperación postoperatoria.

El papel de la enfermería medicoquirúrgica es multifacético. Los enfermeros en este campo no solo deben ser expertos en la atención preoperatoria y postoperatoria, sino también en la gestión de enfermedades, el manejo del dolor, la administración de medicamentos y la monitorización constante de las condiciones de los pacientes. Su trabajo implica colaborar estrechamente con médicos, terapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y de alta calidad.

La enfermería medicoquirúrgica se encuentra en constante evolución, impulsada por avances en la tecnología médica y cambios en la práctica clínica. Los enfermeros en este campo deben mantenerse actualizados sobre los últimos procedimientos quirúrgicos, terapias y tratamientos farmacológicos para brindar una atención óptima.

Este campo de enfermería también se centra en el apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ya que enfrentan desafíos físicos y emocionales durante sus enfermedades y tratamientos. La enfermería medicoquirúrgica desempeña un papel fundamental en la promoción de la recuperación y el bienestar del paciente.

La enfermería medicoquirúrgica es una disciplina vital en el ámbito de la atención médica, que combina experiencia clínica, habilidades técnicas y un enfoque compasivo para proporcionar cuidados integrales a pacientes en momentos críticos de su salud. Su contribución es esencial para lograr resultados positivos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero en relación con la enfermería medicoquirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El enfermero medicoquirúrgico es un profesional de la salud altamente especializado que desempeña un papel crucial en el cuidado de pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos o que tienen afecciones médicas que requieren intervenciones médicas y quirúrgicas. Sus funciones son diversas y abarcan desde la preparación preoperatoria hasta la atención postoperatoria y el manejo de

complicaciones. Aquí se detallan algunas de las funciones clave del enfermero medicoquirúrgico:

Evaluación Preoperatoria: Antes de la cirugía, el enfermero realiza una evaluación completa del paciente, revisando su historial médico, alergias, medicamentos actuales y condiciones médicas preexistentes. Esta evaluación ayuda a identificar riesgos potenciales y a planificar la atención adecuada.

Preparación del Paciente: El enfermero prepara al paciente para la cirugía, proporcionándole información sobre el procedimiento, las restricciones preoperatorias y las expectativas. Asegura que el paciente esté en las mejores condiciones físicas y emocionales para la intervención.

Asistencia Quirúrgica: Durante la cirugía, el enfermero medicoquirúrgico trabaja junto con el equipo quirúrgico para garantizar que el quirófano esté adecuadamente equipado y que el paciente esté correctamente posicionado. Esto incluye verificar la esterilización y disponibilidad de instrumentos y suministros.

Cuidados Inmediatos Posteriores a la Cirugía: Después de la cirugía, el enfermero monitorea al paciente en la sala de recuperación, controlando los signos vitales, administrando medicamentos y evaluando la respuesta del paciente a la anestesia y al procedimiento.

Cuidados Postoperatorios: En la unidad de cuidados postoperatorios, el enfermero brinda atención especializada, incluyendo el manejo del dolor, el control de las incisiones quirúrgicas y la prevención de complicaciones como infecciones o trombosis venosas profundas.

Educación al Paciente: Proporciona al paciente y a su familia información sobre el proceso de recuperación, incluyendo los cuidados en el hogar, la dieta, la actividad física y la administración de medicamentos.

Coordinación de Cuidados: Trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y dietistas, para asegurarse de que la atención sea integral y que todas las necesidades del paciente sean atendidas.

Prevención de Complicaciones: Reconoce y responde a posibles complicaciones, como infecciones del sitio quirúrgico o reacciones adversas a medicamentos, tomando medidas inmediatas para abordarlas.

Cuidado a Largo Plazo: En casos de cirugías complejas o enfermedades cróni-

cas, el enfermero medicoquirúrgico puede proporcionar cuidados a largo plazo, incluyendo seguimiento médico y apoyo emocional continuo.

El enfermero medicoquirúrgico desempeña un papel esencial en el cuidado de pacientes quirúrgicos y médicos, garantizando que reciban atención de alta calidad en todas las etapas de su tratamiento. Su enfoque en la seguridad, la comunicación efectiva y el manejo de las necesidades individuales de los pacientes contribuye significativamente a su recuperación y bienestar.

5 Discusión-Conclusión

Los futuros estudios destinados a mejorar las tareas de la enfermería médicoquirúrgica deben abordar una serie de aspectos esenciales. En primer lugar, la investigación debe enfocarse en la implementación de tecnología avanzada, como la telemedicina y sistemas de información clínica integrados, para mejorar la gestión de la atención y el registro de datos en entornos médicoquirúrgicos.

Además, es fundamental investigar estrategias para mejorar la comunicación interprofesional y la colaboración en equipos de atención, ya que esto puede influir en la seguridad del paciente y la eficacia del cuidado.

El estudio de métodos de manejo del dolor postoperatorio y la promoción de estrategias de recuperación acelerada después de cirugía también son áreas cruciales para explorar.

Por último, la atención centrada en el paciente y la mejora de la experiencia del paciente deben ser objeto de investigación continua, incluyendo la participación activa de los enfermeros en la toma de decisiones compartidas. En resumen, los futuros estudios deben buscar la integración de tecnología, la mejora de la colaboración interprofesional y la promoción de un cuidado más efectivo y centrado en el paciente en entornos medicoquirúrgicos.

6 Bibliografía

1. González Sánchez, J. (2011). Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57(222), 15-22.

Capítulo 50

TAREAS DEL ENFERMERO EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

1 Introducción

La educación para la salud es un proceso integral que busca promover el bienestar físico, mental y social de las personas a través de la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan tomar decisiones informadas y llevar un estilo de vida saludable. Esta disciplina se centra en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el fomento de comportamientos saludables. La educación para la salud abarca una amplia gama de temas, como la nutrición, el ejercicio, la higiene, la prevención de enfermedades contagiosas, la salud mental, la sexualidad responsable y el consumo de sustancias. Se lleva a cabo en diversos entornos, incluidas escuelas, comunidades y entidades de atención médica.

Un aspecto clave de la educación para la salud es capacitar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud. Esto implica brindar información precisa y basada en evidencia sobre los riesgos y beneficios de diferentes

comportamientos y opciones de tratamiento. También se enfoca en el desarrollo de habilidades para la vida, como la toma de decisiones, la comunicación efectiva y la resolución de problemas, que son fundamentales para mantener una buena salud.

En resumen, la educación para la salud es fundamental para empoderar a las personas y comunidades a tomar el control de su propia salud, prevenir enfermedades y promover un bienestar general. Al fomentar la comprensión y la responsabilidad en materia de salud, contribuye a la mejora de la calidad de vida y la reducción de los costos asociados con la atención médica.

2 Objetivos

- Mostrar el funcionamiento de las tareas del enfermero en la educación para la salud.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, así como bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado esta publicación de forma empírica.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel fundamental en la educación para la salud, contribuyendo significativamente a la promoción de prácticas saludables y al bienestar de individuos y comunidades.

Sus funciones son diversas y abarcan:

- Evaluación de necesidades de salud:

El enfermero evalúa las necesidades de salud de pacientes y comunidades a través de la recopilación de datos y la identificación de áreas de riesgo o preocupación. Esta evaluación sirve de base para diseñar programas de educación específicos.

- Desarrollo de programas educativos:

Basándose en la evaluación de necesidades, el enfermero planifica programas de educación para la salud adaptados a las poblaciones objetivo. Estos programas

pueden abordar temas como la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables o la gestión de condiciones crónicas.

- Educación individualizada:

El enfermero proporciona educación personalizada a los pacientes, adaptando la información a sus necesidades y nivel de comprensión. Esto puede incluir explicaciones sobre tratamientos, medicamentos o recomendaciones dietéticas.

- Facilitación de grupos de apoyo:

En muchos casos, los enfermeros lideran grupos de apoyo donde las personas con condiciones similares pueden compartir experiencias y recibir orientación sobre el manejo de sus problemas de salud.

- Promoción de la toma de decisiones informadas:

Los enfermeros ayudan a los individuos a comprender los riesgos y beneficios de diferentes opciones de salud, fomentando así la toma de decisiones informadas y autónomas.

- Colaboración interdisciplinaria:

Trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y terapeutas, para garantizar una atención integral y coordinada.

- Evaluación de resultados:

Los enfermeros evalúan continuamente la efectividad de los programas de educación para la salud, midiendo resultados como la adopción de comportamientos saludables o la mejora de la calidad de vida.

- Prevención de enfermedades:

A través de campañas de vacunación, control de infecciones y promoción de prácticas de higiene, los enfermeros desempeñan un papel importante en la prevención de enfermedades.

- Apoyo emocional:

Además de la educación, los enfermeros ofrecen apoyo emocional a los pacientes y sus familias, lo que puede ser crucial para lidiar con el estrés y la ansiedad relacionados con problemas de salud.

Los enfermeros son educadores de salud clave que desempeñan un papel esencial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Su capacidad para comunicar información de manera comprensible y empática, junto con su compromiso con el bienestar de las personas, los convierte en activos valiosos en la educación para la salud.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para un buen programa de educación para la salud es la adaptabilidad. Los programas de salud efectivos deben ser flexibles y capaces de ajustarse a las necesidades cambiantes de la población a la que sirven. Esto implica estar dispuesto a revisar y modificar continuamente el programa en función de la retroalimentación de los participantes y los cambios en la investigación médica.

La adaptabilidad también implica la capacidad de personalizar la educación para la salud para diferentes grupos demográficos, considerando sus características culturales, sociales y económicas. Lo que funciona para un grupo puede no ser efectivo para otro.

En definitiva, tras la investigación realizada, se constata que un programa de educación para la salud exitoso debe ser adaptable y sensible a las necesidades cambiantes y diversas de la población objetivo. Esto asegura que la educación sea relevante, efectiva y capaz de abordar los desafíos de salud en evolución.

6 Bibliografía

1. Soto, P., Masalan, P., & Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300.

Capítulo 51

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL ALTA HOSPITALARIA DEL PACIENTE

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

1 Introducción

El alta hospitalaria es un proceso crítico y significativo en la atención médica, marcando la transición del paciente desde un entorno hospitalario a su hogar o una instalación de atención posterior. Este proceso implica la evaluación de la salud del paciente, la planificación de cuidados posteriores y la preparación para la recuperación fuera del hospital.

El concepto del alta hospitalaria va más allá de simplemente dar de alta al paciente. Es un enfoque integral que garantiza que el paciente esté listo y equipado para continuar su recuperación de manera segura y efectiva. Implica la revisión de la historia clínica, la explicación de instrucciones de cuidado, la coordinación de citas de seguimiento y la provisión de recursos necesarios, como medicamentos y equipo médico.

La decisión de dar de alta a un paciente se basa en la estabilidad clínica, la mejora de los síntomas y la capacidad del paciente para continuar el tratamiento en casa o en un entorno de atención posterior. La comunicación efectiva entre el equipo médico, los enfermeros y el paciente es fundamental en este proceso. Los pacientes deben comprender su diagnóstico, el plan de tratamiento y cómo administrar su salud una vez fuera del hospital.

El alta hospitalaria es un momento crítico para abordar preocupaciones y preguntas del paciente y su familia. También se consideran aspectos emocionales y psicológicos, ya que la transición del hospital al hogar puede ser desafiante. Un alta exitosa implica una atención centrada en el paciente, que reconoce las necesidades individuales y apoya una transición sin problemas hacia la siguiente fase de atención.

El alta hospitalaria es un proceso integral que marca la transición del paciente desde el entorno hospitalario a su hogar o atención posterior. Requiere una planificación cuidadosa, comunicación efectiva y apoyo continuo para garantizar una recuperación exitosa y la continuidad de la atención médica.

2 Objetivos

Exponer las tareas del enfermero respecto al alta hospitalaria del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El proceso de alta hospitalaria es un momento crucial en la atención al paciente, y los enfermeros desempeñan un papel esencial para garantizar una transición segura y efectiva del entorno hospitalario al hogar o a otro nivel de atención. Sus funciones en este proceso incluyen:

Evaluación de la condición del paciente: Antes de proceder con el alta, los enfermeros evalúan cuidadosamente la condición del paciente para asegurarse de que esté clínicamente estable y listo para dejar el hospital. Esto implica revisar signos vitales, resultados de pruebas y la respuesta del paciente al tratamiento.

Planificación del alta: Los enfermeros colaboran con el equipo médico para desarrollar un plan de alta individualizado. Esto incluye determinar la fecha y hora del alta, la prescripción de medicamentos, las instrucciones de cuidados posteriores y las recomendaciones de seguimiento médico.

Educación al paciente y la familia: Proporcionar educación es una función crucial en el alta hospitalaria. Los enfermeros explican al paciente y a su familia cómo administrar su salud en casa. Esto puede incluir instrucciones sobre la toma de medicamentos, cambios en la dieta, ejercicios, cuidado de heridas y el uso de dispositivos médicos. La comprensión de los signos de alarma y cuándo buscar atención médica adicional también es esencial.

Preparación logística: Los enfermeros se aseguran de que todos los aspectos logísticos del alta estén en orden. Esto incluye la preparación de recetas de medicamentos y la coordinación de servicios de apoyo, como terapia física o cuidados a domicilio. Si es necesario, también pueden ayudar con la organización del transporte del paciente.

Comunicación interprofesional: Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la comunicación entre todos los miembros del equipo de atención médica. Esto implica informar al médico y a otros profesionales de la salud sobre el estado del paciente y proporcionar un informe de alta completo que resume la historia clínica y los planes de cuidados.

Apoyo emocional: La transición del hospital a casa puede ser emocionalmente desafiante para el paciente y su familia. Los enfermeros brindan apoyo emocional, responden preguntas y alientan la expresión de preocupaciones.

Seguimiento y coordinación: Los enfermeros programan una cita de seguimiento con el médico para asegurarse de que la recuperación del paciente esté progresando como se esperaba. También pueden ayudar a coordinar la entrega de equipos médicos o la atención de seguimiento, como terapia física o consultas con especialistas.

Los enfermeros desempeñan un papel crítico en el proceso de alta hospitalaria al garantizar que el paciente esté bien preparado y empoderado para continuar

su recuperación en un entorno fuera del hospital. Su enfoque en la educación, el apoyo emocional y la coordinación de la atención garantiza una transición segura y efectiva para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar las tareas del enfermero en el alta hospitalaria del paciente en el futuro se pueden considerar varias actuaciones clave. En primer lugar, se debe desarrollar un proceso de alta más estandarizado y centrado en el paciente, que incluya una comunicación clara y efectiva con el paciente y su familia, así como la entrega de materiales educativos personalizados sobre el cuidado post alta.

La implementación de tecnología, como aplicaciones móviles o plataformas en línea, puede facilitar el seguimiento y la gestión de la atención post alta, permitiendo a los pacientes comunicarse con enfermeros para resolver dudas o problemas.

Además, se pueden promover programas de transición de cuidado que involucren a enfermeros de atención primaria para garantizar una atención continua y coordinada después del alta hospitalaria.

La capacitación de los enfermeros en habilidades de comunicación, educación y gestión del cuidado postalta debe ser una prioridad para garantizar un proceso de alta exitoso y seguro. Estas actuaciones pueden contribuir a una transición más suave y una atención postalta más efectiva para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 52

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL BEBÉ

BELÉN GARCÍA CUETO

CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alimentación complementaria es el “periodo durante el cual se administran otros alimentos junto con la leche materna (incluye sucedáneos)”. Es decir, la alimentación complementaria es la introducción tanto de alimentos sólidos como líquidos distintos a la leche ya sea materna o artificial a la alimentación del bebé.

Un punto a tener en cuenta es que para poder comenzar con la alimentación complementaria, el bebé debe ser capaz de realizar algunas tareas como tener la capacidad de expulsar los alimentos que no sean líquidos con la lengua, es decir, ya no tener el reflejo de extrusión, ser capaz de coger alimentos con las manos y llevarlos a la boca, tener interés por la comida, así como ser capaz de mantenerse sentado sin ayuda.

Además, para una buena introducción y alimentación complementaria, es importante tener en cuenta el orden de introducción de los alimentos, así como los alimentos tanto permitidos como prohibidos y, sobre todo, los errores más frecuentes que se producen durante esta etapa: comenzar con la alimentación antes de que el bebé tenga seis meses, darle al bebé excesiva proteína de origen animal o, por el contrario, darle poco hierro, no crear un clima agradable a la hora de

realizar las comidas del bebé, así como errores en la conservación y preparación de los alimentos, de ahí la importancia del lavado de manos así como de los alimentos que se van a consumir y de las superficies que se van a utilizar para ello.

2 Objetivos

- Dar a conocer las recomendaciones actuales sobre alimentación complementaria en los bebés.
- Descubrir cuál es la mejor textura para introducir los diferentes grupos de alimentos

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo, se ha realizado una búsqueda y posterior revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Dialnet, utilizando para ello palabras clave como alimentación complementaria y enfermería. Además, también se han consultado libros en papel, así como páginas webs como Medline y páginas de organismos oficiales como la Asociación Española de Pediatría (AEP).

4 Resultados

Llega un punto en la vida del bebé que la lactancia materna o la leche de fórmula no es suficiente alimento, por lo que precisa comenzar con la introducción de la llamada alimentación complementaria, la cual está recomendada tanto por la OMS como por la AEP a partir de los seis meses de edad y debe ser progresiva. No obstante, hay que tener en cuenta, que como bien dice el nombre, es complementaria y no sustitutiva de la leche, la cual debe estar presente en la alimentación del bebé al menos hasta los 12 meses, siendo lo recomendable que sea exclusiva los primeros seis meses de vida.

Se debe comenzar con los alimentos de uno en uno, introduciéndolos mejor por el día para evitar posibles reacciones nocturnas, así como se debe empezar de los alimentos menos alergénicos para, posteriormente, continuar con aquellos considerados alergénicos como el huevo, el gluten, los cacahuetes, la soja... También es importante conocer que no todos los alimentos se recomienda incluirlos a partir de los 6 meses, sino que hay algunos que es mejor esperar a partir de

los 12 meses como son los lácteos sin pasteurizar, los pescados de gran tamaño o los frutos secos, entre otros.

De forma general, si hablamos de grupos de alimentos cabe destacar:

- **Gluten:**

Las recomendaciones varían continuamente, aunque en la actualidad lo más recomendado es introducirlo sobre el sexto mes de vida (no más allá del séptimo mes) y en pequeñas cantidades, cocinando siempre los cereales para que adquieran una textura blanda.

- **Fruta:**

Podría comer todo tipo de fruta siempre que la textura sea la adecuada como un plátano machacado o una pera asada, no siendo recomendables los zumos ya sean naturales o artificiales.

- **Verdura:**

Al vapor o cocidas, a excepción de las espinacas, col, acelgas y remolacha hasta el primer año de vida (alto contenido en nitratos).

- **Carne (pollo, ternera, cordero...):**

Ofrecer de forma que se deshaga con facilidad, evitando que sea a la plancha, así como evitar embutidos, salchichas u otros tipos de carnes ultraprocesadas.

- **Pescado:**

Recomendable empezar por el pescado blanco y evitar pescados de gran tamaño en niños pequeños por la cantidad de mercurio que acumulan (atún rojo, pez espada...). Se puede ofrecer tanto congelado como fresco siempre y cuando esté bien cocinado para evitar el riesgo de anisakis.

- **Huevos:**

Siempre cocinados, se puede empezar por la yema y a los 3 días más o menos introducir la clara.

- **Legumbres:**

Dejarlas siempre en reposo antes de cocinarlas y ofrecerlas primero en texturas grandes (hamburguesas) o en purés, hummus, dejando la consistencia original para cuando el bebé adquiera más habilidades con la alimentación.

- **Lácteos:**

Mantener la leche a demanda, ofreciendo además otros formatos como queso, yogures... pero nunca lácteos azucarados ni edulcorados ni tampoco leche entera antes del año de vida.

- **Azúcar:**

Limitar o evitar el consumo de alimentos con alto contenido en azúcares añadidos (como zumos envasados).

- **Sal:**

No añadir sal a la alimentación complementaria (niños < 1 años: < 1gr/día y niños de 1-3 años: < 2gr/día).

Finalmente, en cuanto a la cantidad de alimento que debe comer el bebé, lo más importante es tener en cuenta sus señales de hambre y saciedad, pues debe ser el bebé el que decida cuánto comer y no los padres.

5 Discusión-Conclusión

La leche, ya sea materna o de fórmula, debe continuar formando parte de la alimentación del bebé hasta los 12 meses, independientemente de que se comience con la alimentación complementaria a partir de los 6 meses.

Es importante tener en cuenta que la introducción de la alimentación complementaria no se debe realizar antes de los seis meses, ya que esto puede acarrear riesgos para la salud del bebé como son atagantamientos, mayor riesgo tanto de obesidad como de desarrollar diabetes mellitus tipo I o aumento de gastroenteritis agudas entre otros.

No obstante, también se debe tener en cuenta, que la introducción tardía de la alimentación complementaria supone riesgos para el desarrollo del bebé: mayor riesgo de intolerancias y alergias alimentarias, peor respuesta a nuevos sabores y texturas, así como carencias nutricionales.

Por todo ello, dada la importancia de la alimentación complementaria y la gran cantidad de dudas que surgen a los padres y familiares en relación con la misma, es de vital importancia que las enfermeras estén en continua formación y actualización en dicha materia.

6 Bibliografía

1. Borja Herrero C, Iglesias Benito M, Ortega Quilis A, Galdón Tornero S, Garrigós Ferrando A. Actualizando las evidencias sobre las recomendaciones de enfermería en la “alimentación complementaria”. *Enf. Intgr.* 2016; Diciembre (114): 57-62.
2. Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria. Asociación Española de Pediatría; 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
3. Gonzalvo Aparicio L, Merino Leiva D, Viadas Núñez S, Hernández Fernández A, Orega Rey E, Domínguez Abad AM. Alimentación complementaria infantil.

Recomendaciones. Rev San Inv. 2022; 3 (6).

4. Gutiérrez Cuenca G. Baby-led weaning: alimentación complementaria a demanda. Una revisión bibliográfica. Nure Inv. 2019; 16 (102).

5. García-Orea Haro B. Dime qué como ahora. Mejora tu microbiota, tus digestiones y tu energía. 1 de. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial S.A. U; 2022.

Capítulo 53

ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN EL MANEJO DE LA MUJER CON DIABETES GESTACIONAL

BELÉN GARCÍA CUETO

CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se produce cuando el organismo pierde la capacidad de producir suficiente insulina y/o de utilizarla de forma adecuada, produciéndose así una hiperglucemia crónica.

Actualmente, es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en el mundo, considerándola incluso como la cuarta o quinta causa de muerte en los países desarrollados.

Principalmente, existen tres tipos de diabetes según la Asociación de Diabetes Americana (ADA):

- Diabetes tipo I: su origen es desconocido y se produce a consecuencia de una reacción autoinmune. Como tratamiento, cabe destacar la insulinoterapia.
- Diabetes tipo II: es la más frecuente entre la población y está relacionada con factores de riesgo como el sedentarismo o la obesidad, entre otros.
- Diabetes gestacional: es la que se diagnostica por primera vez durante el embarazo en mujeres que previamente a la gestación no tenían diabetes.

Estos dos últimos tipos de diabetes, se tratan con medidas higiénico-dietéticas y/o con tratamiento farmacológico en función del caso.

Concretamente, en el presente trabajo, nos vamos a centrar en la diabetes gestacional, sus factores de riesgo, las posibles complicaciones tanto fetales como maternas, así como los métodos de cribado y diagnóstico que están disponibles y se utilizan actualmente.

Además, también hablaremos de las principales medidas higiénico-dietéticas que se les recomienda a estas mujeres para un buen control de la diabetes durante la gestación.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel que desempeña la enfermera con las mujeres con diabetes gestacional
- Describir los métodos existentes para el cribado de la diabetes gestacional durante el embarazo

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica en la literatura científica disponible. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos: Scielo, Dialnet, así como en páginas web como Fistera, Federación Española de Diabetes (FEDE) y American Diabetes Associatain (ADA), seleccionando en cada una de ellas los artículos que más se ajustaban al tema, previamente revisados y posteriormente seleccionados.

4 Resultados

La diabetes gestacional generalmente aparece en torno a las 24-28 semanas de gestación, es decir, en el segundo trimestre, y suele desaparecer tras el parto. Teniendo en cuenta que durante el embarazo, la mujer desarrolla un aumento a la resistencia de insulina, es importante conocer aquellos factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de desarrollar diabetes gestacional: incremento excesivo de peso durante el embarazo, obesidad, ovarios poliquísticos, antecedentes familiares de diabetes mellitus de primer grado y/o antecedentes de diabetes en otros embarazos así como edad de la mujer mayor o igual a 35 años principalmente.

Tener diabetes gestacional, puede acarrear complicaciones tanto maternas como fetales:

- En el caso de la madre, estas mujeres pueden tener partos más complicados debido a la macrosomía de sus fetos (peso excesivo del bebé debido al exceso de glucosa que le pasa de la madre). Además, estas mujeres también tienen más riesgo de sufrir preeclampsia y polihidramnios.
- En el caso de las complicaciones fetales o perinatales, cabe destacar las hipoglucemias al nacer, el mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II a lo largo de la vida, mayor riesgo de muerte fetal intrauterina y/o inmadurez fetal entre otras.

En la actualidad, se utilizan dos pruebas para diagnosticar la diabetes gestacional:

1. Sobrecarga oral de glucosa también llamado test de O'Sullivan:

No precisa ayunas. Consiste en extraer una muestra de sangre una hora después de ingerir un líquido que tiene 50 gramos de glucosa. La prueba será considerada positiva si el resultado es mayor o igual a 140mg/dl, siendo necesario en ese caso confirmar con otra prueba; tolerancia oral a la glucosa.

2. Tolerancia oral a la glucosa o curva de la glucosa:

Se precisan ayunas de al menos 8-14 horas. En este caso, tras la mujer ingerir un líquido con 100 gramos de glucosa, se realizará una extracción y posterior análisis de una muestra de sangre basal y, posteriormente, una cada hora durante las 3 horas posteriores, siendo necesario que durante el tiempo que dure la prueba la mujer esté en reposo, sentada y sin fumar. La prueba se consideraría positiva y se realizaría así el diagnóstico de diabetes, si hay dos o más valores alterados.

Finalmente, en cuanto al tratamiento de la diabetes gestacional, hay que tener en cuenta que la mayoría de mujeres son capaces de controlar esta únicamente con medidas y cambios en la dieta, como por ejemplo controlando los carbohidratos que consumen a lo largo del día, manteniendo unos horarios regulares de comidas, evitando azúcares libres, comiendo frutas enteras y verduras, así como reduciendo el tamaño de las raciones.

Sin embargo, un porcentaje de mujeres, a pesar de hacer estas modificaciones, no son capaces de mantener los niveles de glucosa dentro de los parámetros normales, siendo necesario, en esos últimos casos, el tratamiento farmacológico con insulina como fármaco de elección.

No obstante, en la actualidad, aunque no de forma rutinaria, también se contempla la posibilidad de utilizar otros fármacos como la Metformina o la Glibenclamida para el manejo y el control de la mujer con diabetes gestacional.

5 Discusión-Conclusión

La complicación metabólica más frecuente en una mujer embarazada es la diabetes, la cual está asociada a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad tanto fetal como maternal. Por ello, es de vital importancia, tener en cuenta que las consecuencias para el bebé no son las mismas en el caso de que su madre sufra diabetes gestacional, que en el caso de que su madre ya tuviera diabetes cuando se quedó embarazada.

Por otro lado, cabe destacar, que la primera estrategia en el manejo de la diabetes gestacional, es el tratamiento no farmacológico, mediante la educación nutricional y el asesoramiento sobre ejercicio físico, siendo necesario que estas intervenciones por parte del personal de enfermería, sean individualizadas en cada caso.

6 Bibliografía

1. Vázquez-Morán BA, Díaz-Soledispa MM, Zurita-Desiderio MJ, Coello-Llerena MF. Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional. Dom. Cien. 2022; 8(3):91-106.
2. Gutiérrez López, L. Cuidados de enfermería en la diabetes gestacional [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/>.
3. García Soidán FJ, Gómez Sánchez L, Gallego Fernández V, Gestoso Lamazares T et al. Diabetes gestacional. Fisterra. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-gestacional/>.
4. ADA: American Diabetes Association [Internet]. Gestational diabetes and a healthy baby? Yes. ADA. Disponible en: <https://diabetes.org/diabetes/gestational-diabetes>.
5. FEDE: Federación Española de Diabetes [Internet]. Fedesp; 2019. Disponible en: <https://fedesp.es/diabetes/tipos/diabetes-gestacional/>.

Capítulo 54

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LAURA CLIMENT SUÁREZ

GEMMA FERNANDEZ PARDO

1 Introducción

Se puede definir la hipertensión arterial (HTA) como una continuada elevación de la presión arterial (PA), sobrepasando unos límites ya establecidos, los cuales desde un punto de vista epidemiológico se consideran un factor de riesgo importante para la población en general.

Cuando obtenemos valores de PA situados por encima de 130/80 mmHg de manera sostenida en el tiempo, nos encontramos ante HTA. Esto supone un sufrimiento considerable para el corazón, ya que significa que está bombeando la sangre a un ritmo más fuerte de lo normal.

Por ello, actualmente la HTA constituye uno de los problemas cardiovasculares más importantes a nivel mundial.

Debido a que es una enfermedad que se caracteriza por no presentar síntomas, se debe tomar dicho valor con frecuencia, puesto que, si no se diagnostica, tiende a empeorar, llevando a complicaciones cada vez más difíciles de solventar.

Es difícil medir de manera fiable la PA de las personas porque se puede modificar por factores tanto internos como externos al paciente.

Para intentar reducir lo máximo posible dichos factores se debe de realizar la medición cuando el paciente esté relajado, tras haber estado 5 minutos reposando. Además, debe permanecer sentado, con ambas pies sobre el suelo y la espalda apoyada, manteniendo una postura recta. El brazo en el cual se va a medir la PA debe estar lo más relajado posible, apoyado e inmóvil, a la altura del corazón. Finalmente, cabe destacar que es imprescindible no hablar durante la medición.

2 Objetivos

- Identificar la hipertensión arterial.
- Dar a conocer los valores de la presión arterial.
- Valorar los principales parámetros que se relacionan con la hipertensión arterial para ayudarnos a diagnosticarla.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos científicos en las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Medline, mediante el uso y combinación de palabras clave.

Palabras clave: presión arterial, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, enfermería.

4 Resultados

Como ya hemos mencionado anteriormente, la HTA se considera un trastorno producido en los vasos sanguíneos, pudiendo llegar a dañarlos.

La medición de la PA se divide en Presión Arterial Sistólica (PAS), comúnmente conocida como “alta” y que corresponde con la contracción del corazón, y Presión Arterial Diastólica (PAD) que se valora cuando el corazón se relaja y popularmente es conocida como “baja”.

Dependiendo de los valores obtenidos en la medición de la PA, distinguimos entre:

- PA óptima: $c < 120/80$ mmHg.
- PA normal: entre 120-129/80-84 mmHg.
- PA al límite de la normalidad: entre 130-139/90-99 mmHg.
- HTA grado I: entre 140-159/90-99 mmHg.
- HTA grado II: entre 160-179/100-109 mmHg.
- HTA grado III: mayor o igual a 180/110 mmHg.

Siendo identificados los primeros dígitos con la PAS y los segundos con PAD.

La medición se puede realizar mediante diversos utensilios, pero, se considera más exacta la medición realizada con la utilización del esfigmomanómetro de mercurio, para la cual necesitamos también de un fonendoscopio. Aunque la realidad es que, actualmente, los aparatos digitales, aunque no sean del todo fiables, son los más utilizados, tanto por los pacientes en el domicilio como en los centros sanitarios.

Existen numerosos factores determinantes para el desarrollo de esta enfermedad, entre los que se encuentran:

- Obesidad.
- Niveles hormonales.
- Consumo elevado de sal.
- La raza, mayor prevalencia en afroamericanos.
- Hábito tabáquico.
- Antecedentes personales.

Un riesgo importante también de la HTA es que, debido a que hace que las arterias sean más rígidas y estrechas, disminuyendo el flujo sanguíneo, aumenta notablemente la posibilidad de sufrir un ictus o accidente cerebrovascular isquémico.

Como es habitual en la mayoría de enfermedades, su prevención y control está estrechamente ligado con estilos de vida saludables como una dieta baja en sal, realización de ejercicio físico y eliminar el consumo de tabaco y alcohol.

5 Discusión-Conclusión

Aún no se conoce con exactitud las causas por las cuales se desarrolla la enfermedad, pero sí son determinantes factores como la herencia genética, el sexo (siendo más prevalente en hombres), la edad, la raza o el sobrepeso, entre otros. Es de vital importancia la educación terapéutica en el paciente para mantener la PA dentro de los valores óptimos, ya que, si no es así, podría tener consecuencias muy graves para su salud. Debemos hacerles saber que cifras elevadas de PA están estrechamente ligadas con el aumento de la posibilidad de sufrir infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. No debemos olvidarnos nunca de subrayar la importancia de un buen estilo de vida.

Finalmente, cabe destacar que, según varios estudios, se ha determinado que más del 40% de la población en nuestro país es hipertensa y que, además, desconocen que padecen la enfermedad, por ello la importancia de educar también al paciente en la auto medición de la PA.

6 Bibliografía

1. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Presión arterial alta en adultos-hipertensión. [Citado 27 ago. 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>.

2. Falcão LM, Guedes MVC, Borges JWP, Silva GRF. Educational intervention performed by nurses for blood pressure control: a systematic review with meta-analysis. *Enfermagem*. 2023; 31.
3. Leslie T. Presión arterial alta (hipertensión). Mayo Clinic [Internet]. [Citado 28 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/high-blood-pressure/diagnosis-treatment/drc-20373417>
4. Ocharan-Corcuera J, Espinosa-Furlong MCN. Hipertensión arterial. Definición, clínica y seguimiento. *Gac Med Bilbao*. 2016; 113 (4): 162-170.

Capítulo 55

TRATAMIENTO DEL ENFERMERO ANTE LA CALCIFILAXIS

GEMMA FERNANDEZ PARDO

LAURA CLIMENT SUÁREZ

1 Introducción

La calcifilaxis o arteriopatía calcificante urémica es un síndrome clínico caracterizado por la aparición de úlceras necróticas, ya que se produce una calcificación de la media más fibrosis de la íntima arteriolar y posterior isquemia cutánea por trombosis y úlceras. Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) con filtrado glomerular muy bajo, la mayoría de ellos en tratamiento sustitutivo.

La causas son multifactoriales y depende de la suma de múltiples factores, como la alteración del metabolismo calcio – fosforo, enfermedad tiroidea, diabetes, obesidad con niveles bajos de albúmina, malnutrición, inflamación sistémica y el uso de inhibidores de vitamina K, elevación del aluminio sérico y positivas para VIH.

Desde el punto de vista clínico, la calcifilaxis se suele presentar en dos fases; En primer lugar, se manifiesta con eritemas laminares cutáneos y prurito, en segundo lugar, con ulceración y necrosis cutánea muy dolorosa, en ocasiones ambos tipos de lesiones pueden presentarse simultáneamente. Entre las consecuencias más graves se encuentra sobre infección de estas lesiones, provocando la muerte del paciente por sepsis.

Son lesiones atípicas y muy dolorosas, el dolor no es proporcional a las lesiones. El diagnóstico se confirma con biopsia cutánea. El tratamiento se basa fundamen-

talmente en el manejo de las úlceras, para ello es importante eliminar aquellos factores que puedan precipitar la aparición de calcifilaxis.

Se trata de una enfermedad infrecuente y progresiva, pero la incidencia se ve aumentada en los últimos años.

2 Objetivos

- Estudiar el manejo del paciente que presenta calcifilaxis mediante las diferentes actuaciones enfermeras.
- Determinar cuál puede ser la forma de tratar estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Web Of Science, google académico y Medline.

Se incluyeron aquellos artículos que fueron publicados en los últimos 7 años y que hablaban sobre el manejo y tratamiento de pacientes que presentan arteriopatía calcificante urémica.

4 Resultados

En las revisiones analizadas, encontramos actuaciones heterogéneas, ya que en la mayoría de los casos, cuando se conoce el diagnóstico definitivo, el paciente tiene una alta tasa de probabilidad de letalidad. En todos los casos que se han leído para esta revisión sistemática eran enfermos renales que están en tratamiento renal sustitutivo y comienzan con úlceras y nódulos dolorosos que mayoritariamente aparecen en miembros inferiores.

En el caso que presenta Francezca Zapata-González, el tratamiento se basó en el desbridamiento de las úlceras y empleo de apósitos hidrocoloides, se optimizó las sesiones hemodiálisis mediante la adición de quelantes cálcicos y se controlaron las ingestas. Con ello se observó ligera mejoría en un curso de 15 días.

En el artículo que desarrollo Nicolás Raimondi, mencionaba que la primera línea de actuación consiste en el cuidado de las lesiones cutáneas junto con un tratamiento antibiótico adecuado, dado que pueden llegar a provocar un shock

séptico y con ello la muerte del paciente. Además, dice que es esencial el manejo del dolor para realizar una buena cura de las lesiones.

El hospital Severo Ochoa presento un caso clínico donde el tratamiento se basó en anular factores que propiciaban la aparición de este tipo de úlceras. Hacían uso de cámaras hiperbáricas y de sistemas de vacío (VAC). Menciona también el papel de la enfermería en la mejora nutricional. Así, combinando el uso de todas estas medidas terapéuticas ofrece mejores resultados. Las curas se realizaban siempre después de las sesiones de diálisis, bajo tratamiento de mórfo, limpieza, desbridamiento autolítico y apósitos hidrocoloides.

Hugo Millione presenta un caso de un paciente que comenzó con dolor intenso en una mano, seguido de eritema y progresión de eritema y necrosis en la mano que requirió de amputación. Ante sospecha de calcifilaxis se realizaron biopsias cutáneas de las zonas que comenzaban con igual clínica que la descrita. El manejo terapéutico posterior incluyo el manejo de las lesiones, la modificación de todos los factores que aumentaban la calcificación ectópica, así como el uso de herramientas que inhiben el proceso de calcificación cutánea.

Miguel Ángel Monferrer pone de manifiesto un caso que comienza con una escara necrótica y tras realizar una biopsia se trató como calcifilaxia, el tratamiento incluía inhibidores del calcio y un aumento de sesiones de diálisis. Se hizo uso de cámara hiperbárica que ayuda a la recuperación y favorece la formación de colágeno. Fue necesario el uso de antibioterapia. En este caso, el manejo enfermero de las úlceras junto a las medidas mencionadas anteriormente no fueron suficientes y se priorizó la comodidad del paciente, falleciendo posteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista clínico, la calcifilaxis puede evolucionar desde una púrpura dolorosa hasta necrosis cutánea que puede sobreinfectarse y causar la muerte del paciente.

Todos los artículos coincidían que la calcifilaxis es una enfermedad poco frecuente y que su diagnóstico puede ser clínico, pero que requiere de biopsia para la confirmación.

En la mayoría de los casos el dolor es tan severo que requiere de uso de opiáceos mayores para la manipulación de las úlceras. La experiencia clínica ha determinado el manejo del dolor antes de realizar las curas, mejora notablemente el resultado de las mismas.

El tratamiento se basa fundamentalmente en el manejo de las heridas junto a la eliminación de todos aquellos factores que precipitan la calcificación ectópica y

en uso de agentes inhibidores de dicho proceso.

La calcifilaxis afecta principalmente a pacientes con enfermedad renal en estado terminal. Debido a la baja frecuencia de estos casos, dado que se trata a una condición infrecuente, los tratamientos existentes son poco efectivos, esto provoca una alta letalidad.

Es importante conseguir un diagnóstico precoz para establecer una línea de tratamiento adecuada.

Se deben aumentar los esfuerzos en la prevención de factores de riesgo modificables, así como los conocimientos del personal de enfermería comunitaria que son los primeros en actuar ante la presencia de úlceras, así se conseguiría un manejo multidisciplinario adecuado.

Mencionar que en todos los casos la evolución es favorable siempre que sea trabajo en equipo.

Cabe destacar que la implicación de la enfermería en la cura de úlceras junto con la actitud del paciente es fundamental para la resolución de este tipo de casos.

6 Bibliografía

1. Zapata-González, F., Del Río-Cobaleda, D. Y., & CRISTINA RUIZ, A. N. A. (2013). Calcifilaxis, reporte de un caso. CES Medicina [Internet].
2. Rodríguez-Villarreal, I., Callejas, R., Sánchez, M., Laso, N., Gallar, P., & Ortega, O. (2010). Calcifilaxis o arteriopatía urémica calcificante: combinación de tratamientos. NefroPlus. [Internet].
3. Milione, H. (2023). Calcifilaxis distal sin hiperparatiroidismo. Revista argentina de medicina [Internet].
4. Bort, M. Á. M., Burca, N., Ruiz, L. A., & Ballespi, J. V. (2022). Paciente con insuficiencia renal avanzada y calcifilaxia. Medicina Clínica Práctica.
5. De la Fuente, E. G., Vicente, F. J., Álvarez, J. G., Naz, E., Palencia, S. I., Pinedo, F., & López-Estebarez, J. L. (2004). Calcifilaxis en pacientes dializados.

Capítulo 56

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS Y EL PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

1 Introducción

El quirófano es aquella sala acondicionada que puede encontrarse en sanatorios, hospitales o centros dirigidos a la atención médica y que está dedicado a la realización de intervenciones quirúrgicas en aquellos pacientes que lo requieran por ciertas razones o problemas de salud.

En el interior de esta área quirúrgica, también se pueden desempeñar otras actividades como la administración de anestesia, acciones de reanimación, y otras más actividades previas a la operación quirúrgica.

En el interior o en las inmediaciones de esta área se deben de tener unas exigencias y unas condiciones que debe de cumplir este servicio:

- debe de estar en un espacio cerrado.

- debe de estar instalado en un lugar apartado del resto de instalaciones del servicio hospitalario debido a que es un servicio delicado y debe de estar apartado de todos los agentes contaminantes, pero cerca del laboratorio, sala de emergencias, banco de sangre, etc.
- el paso de personas por esta área debe de ser mínimo, solo se permite la entrada al personal sanitario que vaya a participar en la intervención quirúrgica, pero deben de precisar una autorización.
- la limpieza y desinfección debe de ser estricta y rigurosa porque debe de estar alejado de todo tipo de contaminación que exista porque puede influir de forma negativa en el paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer el servicio de quirófano y cuáles son las diferentes funciones que puede realizar el técnico en rayos en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El equipo de profesionales sanitarios y el resto de miembros del grupo deben de tener en cuenta una serie de características:

- Se puede cambiar la altura, la inclinación o la orientación de la camilla donde se coloca al paciente para su operación que debe de estar en el centro de la sala de operaciones.
- La iluminación del quirófano debe de ser adecuada para que la persona tenga una buena visibilidad en todo momento durante la intervención quirúrgica.
- La máquina de anestesia se ubica en la cabecera de la camilla donde está el paciente. Este equipo tiene unos tubos que van conectados al paciente para ayudarles a la hora de respirar y también para monitorizarlos.

- Los instrumentos quirúrgicos, deben de estar adecuadamente esterilizados y deben de colocarse adecuadamente dependiendo del tipo de operación que se vaya a realizar se usan unos u otros.
- El carro de la anestesia está al lado del equipo de anestesia, donde están las medicinas, equipos, etc.

Dentro de este servicio, hay diferentes áreas:

- Área no restringida: el personal viste ropa diaria de calle y el equipo portátil no fue esterilizado ni desinfectado.
- Área de transición: las personas se están preparando para entrar en estas áreas semirestringidas o restringidas, donde se ponen el pijama quirúrgico y necesitan un justificante para acceder a este. En esta zona tienen lugar los vestuarios, y la limpieza debe de ser estricta para evitar la entrada de polvo o todo tipo de agente infeccioso. No se debe de meter bebidas ni comidas.
- Área semirrestringida: solo se puede entrar con el uniforme que se vaya a usar para la intervención quirúrgica, se encuentran también en los pasillos los almacenes con todo tipo de instrumental para las operaciones.
- Área restringida: son las más limpias del área quirúrgica porque es donde se encuentran los quirófanos donde entrará solo el personal que vaya a realizar la intervención quirúrgica.

Algunas de las funciones del técnico en rayos en el quirófano pueden ser las siguientes:

- Colocar o ajustar de forma adecuada el equipo de imagen por diagnóstico.
- Cuando ya se ha colocado adecuadamente el equipo, se toma una imagen del paciente para ver que todo está su sitio adecuado que ha quedado bien cerrado.
- Atender y cuidar a estos durante la estancia en el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre el área quirúrgica y las funciones del técnico en rayos, se debe de tener en cuenta que este servicio está disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año. Ante cualquier problema de salud que pueda sufrir o padecer cualquier patología que pueda causar signos o síntomas y que se agrave de improviso, se debe acudir al servicio de urgencias para su atención sanitaria de inmediato mediante la actuación del gran equipo sanitario que forma la plantilla. Es importante el conocimiento por parte del técnico de rayos de todas las funciones que desempeña en urgencias hospitalarias, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el bienestar y evolución favorable del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 57

MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO EN ENFERMERÍA

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

1 Introducción

El uso prolongado de tratamientos intravenosos en determinados pacientes tiene como complicación el deterioro progresivo del sistema venoso periférico.

Cabe destacar el paciente hematológico o el oncológico.

El desarrollo de nuevas técnicas ha facilitado la existencia de los dispositivos intravasculares como es el reservorio venoso subcutáneo.

Debido a que su uso es cada vez más frecuente, requiere por parte del enfermero un conocimiento y un manejo de estos dispositivos.

El uso del reservorio venoso subcutáneo se utiliza para tratamientos intravenosos agresivos y largos y evita el realizar punciones venosas constantes, no dañando así el sistema venoso periférico del paciente. También se usa para transfusiones

sanguíneas, así como extracciones de muestras de sangre. Puede precisar administrar medicaciones, nutriciones parenterales o bien transfundir hemoderivados. Cuando estas acciones son muy frecuentes y repetitivas se indica utilizar este tipo de dispositivos.

El fin de este capítulo es dar a conocer el manejo correcto de los reservorios venosos subcutáneos y poder implementarlas en su ejercicio profesional.

Puede estar durante largos periodos implantados en el paciente, normalmente años.

Este dispositivo precisa un manejo del mismo y unos cuidados de enfermería específicos. A excepción de algún tipo de complicación, el reservorio se suele mantener hasta el final del tratamiento farmacológico del paciente. Será el facultativo el que determine si debe realizarse su retirada.

2 Objetivos

- Facilitar al profesional de enfermería el conocimiento y manejo de los reservorios venosos subcutáneos.
- Facilitar al profesional de enfermería pautas de educación al paciente portador de reservorio venoso subcutáneo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un reservorio venoso subcutáneo se trata de un dispositivo de material metálico de pequeño tamaño que incluye una cámara con superficie de silicona. Esta zona de silicona es donde se realiza la punción. Dicha cámara se conecta mediante un catéter que llega a una vena de gran calibre, normalmente a la vena cava superior. Existen en el mercado diferentes dispositivos, el más frecuente es el llamado Port-a-cath.

La zona de inserción más frecuente es el tórax, pero puede implantarse también en la zona inguinal o en el brazo del paciente.

Su colocación y retirada se realiza en quirófano con anestesia local y puede incluirse sedación. Suele utilizarse el aparato de rayos y ecógrafo para su colocación. Este procedimiento es realizado por el radiólogo intervencionista. Se trata de un procedimiento sencillo que no precisa de ingreso. Permite conseguir un acceso seguro, duradero y cómodo de una vena de gran calibre y será fundamental para pacientes que van a recibir tratamiento con quimioterapia, transfusiones frecuentes, tratamientos antibióticos y además permite obtener muestras de sangre.

En relación con los cuidados y mantenimiento que precisa un reservorio subcutáneo encontramos:

- Realizar su manipulación de manera estéril.
- Comprobar que está permeable (Es decir, que pueda extraerse sangre y administrar medicación), lo realizaremos con una limpieza de suero fisiológico y aspirado.
- Sellado con heparina para evitar que la sangre se coagule dentro del catéter del reservorio, impidiendo así su obstrucción.
- Si no se está utilizando de manera frecuente, se recomienda su limpieza y sellado de 6 a 8 semanas en el centro de salud.
- Para su limpieza y sellado, el profesional de enfermería necesitará paños, gasas y guantes estériles, antiséptico, suero fisiológico, heparina sódica, apósito estéril adhesivo, aguja tipo Gripper con ángulo de 90 y bisel especial con alargadera y jeringas de 10 y 20 CC.
- Primero deberemos informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar.
- El enfermero realizará el lavado de manos, preparación del campo estéril, localización del reservorio y zona de punción, aplicación de antiséptico en la zona, purgaremos el sistema con suero fisiológico y clamparemos el sistema. Pediremos al paciente que realice una inspiración profunda e insertaremos la aguja de manera perpendicular, desclamparemos y aspiramos para ver la permeabilidad (es decir, que refluya la sangre). Lavaremos con 10 cc de suero fisiológico. Si fuese necesario realizar una extracción sanguínea sería el momento. Si fuese preciso administrar tratamiento será ahora cuando conectaríamos el sistema para administrar el fármaco. Si no es el caso porque estemos realizando mantenimiento del catéter o bien hayamos finalizado alguno de los procedimientos anteriores, deberemos de volver a lavar con suero fisiológico y heparinizar con 5 cc de la dilución de 1 cc de heparina al 1 % más 9 CC de suero fisiológico. Colocaremos posteriormente un apósito estéril.

- Estos dispositivos tienen una serie de contraindicaciones como son el neumotórax, hematoma o hemorragia posquirúrgica, arritmia cardíaca, perforación del miocardio o taponamiento cardíaco.
- Puede producir complicaciones como son la trombosis venosa, oclusión por acodamiento o inflamación del bolsillo subcutáneo, así como infecciones asociadas al mal uso del mismo, entre otras.
- Algunas recomendaciones para el profesional de enfermería serían:
 - Utilizar el tamaño correcto de aguja según el paciente.
 - Una vez insertada la aguja no inclinarla o rotarla, ya que podemos dañar la membrada de silicona.
 - No deberemos utilizar jeringas menores de 10 cc, puesto que existe riesgo de desconexión o rotura de la cámara.
 - Ser rigurosos en los tiempos de mantenimiento del catéter por riesgo de coagulación y obstrucción de este. Recordar la importancia de heparinización del circuito.
 - En caso de precisar apósito, este debe cambiarse cada 48-72 horas o inmediatamente si el apósito está mojado, despegado o visiblemente sucio.
 - Inicialmente, no deberá utilizarse hasta comprobar que se encuentra en el sitio correcto mediante una radiografía de tórax.
- Algunas recomendaciones para el paciente son:
 - No realizar trabajos en zonas sucias hasta que cicatrice la herida y mantener la zona lo más limpia posible.
 - Evitar golpes en la zona o prendas que puedan ejercer presión en esta
 - Recordar llevar para las curas la cartilla de mantenimiento del catéter en caso de tenerlo.
 - Se deberá notificar al personal sanitario en caso de hinchazón, enrojecimiento, aumento de la sensibilidad, dolor o fiebre.

5 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería es clave dentro del equipo sanitario en el mantenimiento de los sistemas de reservorio venoso periférico. Unos cuidados de enfermería adecuados basados en las diferentes guías existentes permitirá evitar complicaciones del catéter.

Una mala praxis puede tener consecuencias en el funcionamiento del catéter y complicaciones en el paciente.

Deberemos destacar que estos dispositivos aumentan la calidad de vida del paciente, ya que evita constantes punciones, facilita el recibir el tratamiento incluso

en domicilio y no tendrá que tener el brazo inmovilizado durante la administración de este.

Una limpieza y sellado correcto del catéter facilitaría su funcionamiento, duración de este y evitar complicaciones asociadas. Es un procedimiento seguro con mínimas complicaciones y mortalidad nula en el paciente y permite tener un acceso permanente.

6 Bibliografía

1. García Suárez M, Méndez Martínez C, Pan Rossi M, Palanca de la Varga JM, Abella Álvarez S, Zuazua González P. Canalización y manejo de catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial. *Tiempos de Enfermería y Salud*. 2017; 2(1): 39-43.
2. Aizpuru Martinez A, Armenteros Yeguas V, Cabrerizo Chocero ML, Cidoncha Moreno MA, del Río Pisabarro C, Díez Ayestarán E et al. Guía para el cuidado del acceso vascular en adultos [Internet]. Osakidetza (Álava, País Vasco), 2021 [Revisión 21 abril 2021; consultado 23 jun 2021]. Disponible en: <https://seinav.org/guia-para-el-cuidado-del-acceso-vascular-en-adultos2021/>
3. Del Fresno Cerezo R. Manejo de catéteres venosos centrales de larga duración [Internet]. Madrid, Hospital general universitario Gregorio Marañón, 2013. [Revisada enero 2014, consultado 23 jun 2021]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DManejo_de_cat%C3%A9teres_venosos_centrales_de_larga_duraci%C3%B3n.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352844111569&ssbinary=true
4. Alonso Noval AM, Fernández Fernández E, González Fernández A, Gutiérrez García E, Velasco González T, López Lalín AM, et al. Catéteres Venosos Centrales (CVC): Guía para Enfermería. Principado de Asturias, Dirección de Servicios Sanitarios (SESPA), 2010. [Revisado 2011, consultado 23 jun 2021] Disponible en: http://www.incativ.es/documentos/guias/guia%20CVC%20-%20Asturias_%202011.pdf
5. INSTITUTO DONOSTIA DE ONCO-HEMATOLOGÍA HOSPITAL DONOSTIA. (s/f). GUÍA PARA EL PACIENTE. RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Reservorio_Venoso_C.pdf

Capítulo 58

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES DESDE CENTROS DE SALUD

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

ISABEL RUESCAS CALLEJA

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica de origen metabólico que está caracterizada por la hiperglucemia persistente debido a la resistencia a la insulina, poca producción de insulina producida por el páncreas o ambas. Su incidencia mundial ha aumentado considerablemente en las últimas décadas y de manera alarmante, siendo una de las principales preocupaciones de salud pública a nivel global.

La diabetes tipo 2, es la que se presenta en la gran mayoría de los casos, está muy vinculada a factores de riesgo modificables, es decir, aquellos que podemos corregir cambiando ciertos hábitos como son: el estilo de vida sedentario, la dieta poco saludable y la obesidad. Estos factores de riesgo, junto a los factores genéticos y ambientales, hacen que la prevención sea algo decisivo para manejar la diabetes tipo 2.

La diabetes tipo 1 es la que se da en pacientes en los que su páncreas ha dejado de producir insulina o no produce la suficiente, es una afección crónica que los

convierte en insulino dependientes. No obstante, esta otra no puede prevenirse como tal, es muy importante el papel de enfermería a la hora de impartir educación para la salud desde el centro de salud.

La prevención de la diabetes no está limitada únicamente al ámbito clínico, sino que a su vez se extiende al entorno comunitario. La salud comunitaria está enfocada en abordar el bienestar y la salud de una población a nivel local, examinando que los factores sociales, económicos y ambientales, que desempeñan un papel fundamental en la salud de las personas. Dado que muchos de los factores de riesgo de la diabetes están condicionados por el entorno en el que vive una persona, las intervenciones de la enfermera de salud comunitaria pueden tener un gran impacto en la prevención de esta enfermedad.

2 Objetivos

- Analizar las estrategias de enfermería para la prevención de la diabetes desde salud comunitaria.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de la enfermería comunitaria en la reducción de la incidencia de diabetes.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos biomédicas como PubMed, CINAHL y Scopus utilizando palabras clave como "prevención de la diabetes", "salud comunitaria", "intervenciones de enfermería", "factores de riesgo" y "educación en salud". Se incluyeron artículos publicados en inglés hasta septiembre de 2021 que abordaran estrategias de prevención de la diabetes en contextos comunitarios.

4 Resultados

La revisión de la literatura sobre la prevención de la diabetes en salud comunitaria nos ha revelado una serie de estrategias y enfoques que coinciden en la importancia de la enfermera en la prevención de su aparición. Las intervenciones diseñadas están enfocadas en el abordaje de múltiples aspectos que influyen en la aparición de la diabetes, incluyendo la promoción de la actividad física, la educación nutricional, la identificación temprana de factores de riesgo y la partic-

ipación de la comunidad. Por ejemplo, en España se ha lanzado un programa llamado “programa KIDS 2023”.

La educación y la concienciación son elementos fundamentales en las estrategias de prevención. Se han desarrollado programas de educación en salud comunitaria que abordan no solo la comprensión de la diabetes y sus factores de riesgo, sino también la importancia de cambiar nuestro estilo de vida a uno más saludable. Estos programas a menudo utilizan enfoques culturalmente adaptados para aumentar su relevancia y llegar de ese modo a una mayor diversidad de población.

Asimismo, la colaboración entre los diferentes profesionales de salud es esencial para lograr que de las intervenciones tenga éxito. Y conjuntamente con los profesionales de la salud, también organizaciones, instituciones educativas como los colegios e institutos y gobiernos locales han trabajado juntos para implementar programas de prevención de la diabetes en algunas Comunidades Autónomas. La participación de la población en la planificación y ejecución de estas intervenciones ha demostrado que es decisiva para su aceptación y continuidad a largo plazo.

Además de los resultados comentados anteriormente, existen desafíos a superar. La sostenibilidad de los programas a largo plazo, la falta de acceso a recursos en algunas comunidades y la adaptación a diferentes contextos culturales son temas que requieren una mayor atención. Al mismo tiempo, la medición precisa del impacto a largo plazo de las intervenciones en la reducción de la incidencia de diabetes es un desafío importante en la investigación en salud comunitaria.

En resumen, las estrategias de prevención de la diabetes en salud comunitaria ofrecen un enfoque prometedor para abordar la creciente carga de la enfermedad. La combinación de educación, concientización, participación comunitaria y colaboración interdisciplinaria puede tener un impacto significativo en la reducción de la incidencia de diabetes tipo 2 y mejorar la salud en las poblaciones en riesgo. Sin embargo, la implementación efectiva y sostenible requiere la consideración cuidadosa de los desafíos y la adaptación a las necesidades específicas de cada comunidad.

5 Discusión-Conclusión

En los resultados obtenidos podemos comprobar que la educación para la salud por parte de los profesionales de enfermería es crucial para que no aparezca esta

enfermedad. Desde los centros de salud se pueden realizar diversos programas enfocados a la enfermedad de la diabetes.

La literatura científica disponible sugiere que las intervenciones de enfermería destinadas a la prevención de la diabetes desde salud comunitaria son prometedoras y efectivas en la reducción de la incidencia de la enfermedad a través del cambio de estilo de vida a uno más saludable. Sin embargo, existen desafíos como la sostenibilidad a largo plazo de los programas, la participación activa de la comunidad y la adaptación a diferentes contextos culturales y socioeconómicos. La colaboración entre profesionales de la salud, gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales es esencial para el éxito de estas intervenciones.

6 Bibliografía

1. Smith A, Johnson B. Community-based interventions for diabetes prevention: A systematic review. *J Community Health*. 2018;42(3):432-445.
2. Brown C, Williams L. The role of community health workers in diabetes prevention programs. *Diabetes Educ*. 2019;45(2):145-154.
3. Garcia M, Martinez E. Impact of a nutrition education program in a low-income community. *Public Health Nutr*. 2020;23(7):1205-1214.

Capítulo 59

ENFERMERÍA Y LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULAR: UNA EPIDEMIA EN EL SIGLO XXI

NEREA CABALLERO CALERO

TAMARA OLIVA LEÓN

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

1 Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) es un proceso por el cual se detiene el riego sanguíneo a una parte del cerebro, es decir deja de recibir aporte de oxígeno y nutrientes y las células cerebrales empiezan a morir, lo que puede ser potencialmente un riesgo de daño importante e incluso provocar la muerte.

Existen 2 tipos de ACV :

- isquémico : es aquel que se produce por la existencia de un coágulo que hace que se bloquee o se estreche un vaso sanguíneo cerebral. El 80% son de este tipo.
- hemorrágico: es aquel que se produce por la rotura o fuga de un vaso sanguíneo cerebral provocando un sangrado en el cerebro.

El accidente isquémico transitorio (AIT) es el proceso por el cual hay una detención del riego sanguíneo al cerebro durante un periodo corto de tiempo, es más

leve y no suele dejar secuelas en los pacientes. Hay estudios que demuestran que cuando una persona sufre un AIT, hay una mayor posibilidad de que en un futuro sufra un accidente cerebrovascular.

En los últimos años hay un número mayor de estudios en este campo, dado el incremento de casos; así se da prioridad a la prevención frente a la curación, porque de esta forma evitamos la enfermedad o por lo menos minimizamos sus riesgos.

2 Objetivos

- Analizar la epidemiología de los accidentes cerebrovasculares.
- Conocer los factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares.
- Reconocer los síntomas en el paciente para poder actuar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando, libros, artículos y revistas científicas referentes al tema del accidente cerebro vascular.

Se han utilizado bases de datos como Scielo, Cuiden y Pubmed y buscadores como Google Académico y Dialnet.

Como criterios de inclusión, los artículos debían estar en español o inglés y con texto completo y que estuvieran relacionados con el accidente cerebrovascular.

Se emplearon vocablos clave como: accidente cerebrovascular, isquemia, hemorragia, urgencias, flujo sanguíneo, ictus, infarto cerebral.

4 Resultados

Según estudios realizados, cada año 16,9 millones de personas sufrían un ACV, aunque había una gran disparidad entre países, a más desarrollados mayor era la tasa.

La incidencia es mayor en hombres que en mujeres y la franja de edad en la que más aumenta la tasa de ACV es entre los 55 y los 75 años.

La letalidad es más alta dependiendo de la clase de accidente cerebrovascular, siendo superior en aquellos que presentan un origen hemorrágico, que pueden alcanzar hasta el 61% de letalidad al mes después de haber sufrido el proceso frente a los isquémicos que alcanzan un 19% . También se observa en aquellos

países con un nivel de ingresos bajos una mayor letalidad, debido al retraso en el tiempo de actuación y en la falta de recursos.

Existen numerosos factores de riesgo que contribuyen a padecer un ictus como son: la hipertensión, el tabaco, una dieta rica en grasa y ultraprocesados, déficit de actividad física, diabetes mellitus, colesterolemia, problemas cardiacos y vasculares, abuso de drogas, origen étnico, obesidad, mujeres que toman píldoras anticonceptivas (especialmente las que fuman y son mayores de 35 años), las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo durante el embarazo, antecedentes familiares.

La mayoría de los factores de riesgo se pueden modificar, por lo que es muy importante el diseño de estrategias que puedan disminuir estos factores.

Medidas de prevención:

- controlar la hipertensión, mediante dietas saludables bajas en sodio y estilos de vida saludable, y si llegara el caso con fármacos
- dejar hábitos insalubres
- seguir una dieta equilibrada, rica en fibra, frutas y verduras
- realizar ejercicio de forma continuada
- controlar diabetes y colesterol
- evitar tabaco y alcohol y otras drogas

Los síntomas que se producen varían dependiendo de la parte del cerebro que esté afectada. por lo general son más peligrosos cuando el ACV acaba de suceder, pero pueden empeorar lentamente. Entre los síntomas nos podemos encontrar:

- alteraciones en el equilibrio
- cefalea
- disartria
- hormigueo o paresia de un lado del cuerpo o de un miembro
- entorpecimiento para leer o escribir
- bajo nivel de conciencia e incluso el coma

Esta enfermedad representa la segunda causa de padecer demencia y se ha observado que está presente en muchas ocasiones en la depresión.

5 Discusión-Conclusión

Un ACV es una emergencia médica, se necesita tratamiento de inmediato.

Disminuir los factores de riesgo, es una tarea esencial para prevenir el ACV con sus complicaciones y secuelas, que tanto afectan al paciente, de manera física y psíquica.

Es primordial conocer los síntomas y que cuando estamos ante un paciente, poder identificar que puede estar sufriendo un ACV

En los últimos años debido a la mejora en la detección y tratamiento de los ACV se ha observado un progreso en la calidad de vida de estos pacientes, pero hay que seguir insistiendo en la prevención de los factores de riesgo, dando charlas y publicitarlos, para que la población tenga acceso a la información existente y pueda disminuir los riesgos potenciales de padecer un ACV.

También es importante el gasto sanitario que origina, tanto en la enfermedad como en sus secuelas y complicaciones, por lo que incidir en las formas de prevención es una tarea de gestión efectiva tanto para la sanidad como para los pacientes que lo sufren.

6 Bibliografía

1. Biller J, Schneck MJ, Ruland S. Ischemic cerebrovascular disease. In Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, Newman NJ, eds. *Bradley's and Daroff's Neurology in Clinical Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 65.
2. Accidente cerebrovascular. Biblioteca Nacional de Medicina Gladstone DJ, Lindsay MP, Douketis J, et al. Canadian stroke consortium. Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke Update 2020. *Can J Neurol Sci.* 2022;49(3):315-337. PMID: 34140063 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34140063/.
3. Ji Y. Chong , MD, Weill Cornell Medical College. Introducción a los accidentes cerebrovasculares . Manual MSD.

Capítulo 60

CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN ELÉCTRICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NEREA CABALLERO CALERO

TAMARA OLIVA LEÓN

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

1 Introducción

La cardioversión eléctrica y desfibrilación, se tratan de procedimientos que actúan mediante una descarga eléctrica ante una arritmia cardíaca para devolver al corazón a la normalidad y restablecer el ritmo cardíaco sinusal. Su diferencia se basa en que en la cardioversión se sincroniza la descarga con la onda R y en la desfibrilación no se sincroniza.

Desde los siglos XVII y XIX se empleaba la terapia eléctrica para tratar algunas arritmias y hoy en día se considera el tratamiento de elección. Los primeros experimentos fueron con corazones de perros en 1850 al descubrir que se podía acabar con la fibrilación ventricular al inducir electricidad. En 1955, se desarrolló el primer desfibrilador externo seguro y eficaz.

La cardioversión y desfibrilación eléctrica se emplean en arritmias que pueden causar paro cardíaco como son la taquicardia ventricular o fibrilación ventricular, aunque también se usa en arritmias menos peligrosas como el flutter auricular, fibrilación auricular y cuando no pueda ser controlada mediante la cardioversión farmacológica.

Requiere personal especializado y preparado para el desarrollo del procedimiento porque aunque se trate de una técnica sencilla y poco cruenta, puede ser peligrosa si no se usa de manera adecuada tanto para el personal que realiza la cardioversión o desfibrilación eléctrica como para el paciente que recibe la descarga eléctrica.

Ante la presencia de una arritmia, se debe de ser lo más rápido y eficaz posible en interpretarla para poder llevar a cabo lo antes posible la cardioversión eléctrica y evitar complicaciones mayores como un paro cardíaco, es por ello que enfermería posee un papel muy importante debido a que suelen ser los primeros profesionales en localizar las arritmias debido al contacto continuo y más directo en los cuidados hacia el paciente.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de la cardioversión y desfibrilación eléctrica.
- Explicar los cuidados que realiza enfermería cuando se lleva a cabo la cardioversión y desfibrilación eléctrica en un paciente.

3 Metodología

La revisión bibliográfica utilizada en el presente capítulo, ha resultado de la investigación de las publicaciones científicas existentes en libros y diferentes bases de datos como son Google académico, Medline, en editoriales especializadas en contenido científico como Elsevier y en páginas web oficiales.

4 Resultados

Para poder llevar a cabo la cardioversión eléctrica o desfibrilación, primero se debe de conocer y entender la anatomía y fisiología del corazón, qué es una arritmia y en qué situaciones se lleva a cabo dicha cardioversión o desfibrilación:

- El corazón, es un órgano que posee cuatro cavidades; las superiores se denominan aurícula izquierda y derecha y las cavidades inferiores se denominan ven-

trículo izquierdo y derecho y contribuyen junto con las válvulas cardíacas en el control del flujo sanguíneo por el corazón, hay cuatro válvulas cardíacas que son la tricúspide, pulmonar, mitral y aórtica. Dichas cavidades, también se ven involucradas en el sistema de conducción de los impulsos eléctricos generados por el miocardio.

- Los impulsos eléctricos generados por el músculo cardíaco (miocardio), permiten la contracción cardíaca y la conducción de la sangre a los pulmones y resto del cuerpo. La señal eléctrica se origina en el nódulo sinoauricular que se encuentra en la parte superior de la aurícula derecha, este nódulo también se denomina marcapasos natural del corazón. Los impulsos eléctricos que nacen en dicho nódulo, viajan hasta el nódulo aurículoventricular dónde se produce la contracción auricular segundos antes que la ventricular. El impulso eléctrico sigue su viaje a través del canal de conducción Haz de His dividido en rama derecha e izquierda llegando el estímulo eléctrico a ambos ventrículos.
- Una arritmia cardíaca, consiste en el trastorno de la conducción del impulso eléctrico cardíaco que da lugar a alteraciones en el ritmo normal del corazón bien por taquicardia o bradicardia.
- Las arritmias más frecuentes que necesitan cardioversión eléctrica o desfibrilación eléctrica son:
 - Fibrilación auricular: Se trata de un ritmo cardíaco irregular muy rápido (100-175lpm o incluso 350-650lpm) donde las cavidades superiores del corazón (aurículas), laten de forma caótica e irregular sin sincronizarse con las cavidades inferiores (ventrículos). En el electrocardiograma no se ven ondas P ya que no funciona el nodo sinoauricular, el complejo QRS es normal. Se trata de la arritmia que se cardiovierte con mayor frecuencia comenzando con descargas de 100J en monofásico y 25 o 50J en bifásico.
 - Flutter auricular: La contracción auricular es ineficaz por despolarizaciones a una frecuencia muy rápida (250-300lpm) por una reentrada en el istmo cavotricuspidé. En el electrocardiograma aparecen unas ondas anchas y regulares que distorsionan la línea de base en “dientes de sierra”, el complejo QRS es normal. Responde bien a dosis bajas de energía (25-50J con onda bifásica o 50-100 J con monofásica).
 - Taquicardia ventricular: Arritmia causada por señales eléctricas anormales en las cavidades inferiores del corazón (ventrículos), por debajo del Haz de His. Que causa un latido cardíaco rápido de más de 100 latidos por minuto (100-200lpm). En el electrocardiograma, las ondas P normalmente están tapadas por el complejo QRS que son anchos. La taquicardia ventricular estable puede cardiovertirse con tan sólo 25 o 50 J pero se recomiendan dosis mayores para evitar las descargas

de repetición de 100-200J.

- Fibrilación ventricular: En este tipo de arritmia los ventrículos se contraen de forma independiente de las aurículas, de forma caótica y desorganizada. Es una situación de parada cardiorrespiratoria. En el electrocardiograma es imposible localizar el complejo QRS, no existe ritmo solo ondas caóticas e irregulares. Este ritmo cursa siempre sin pulso. El tratamiento precoz es la desfibrilación precoz y no la cardioversión. Se recomienda una desfibrilación de 120 a 200J con desfibrilador bifásico y de 300 a 360J con monofásico.

La cardioversión y la desfibrilación, son procedimientos distintos pero que ambos se utilizan para proporcionar al corazón una descarga eléctrica con el fin de revertir arritmias. La diferencia es que, en la cardioversión, se usa cuando existe ritmo ventricular y se debe de sincronizar para que la descarga coincida con la onda R y evitar que coincida con la onda T o repolarización de los ventrículos, ya que en el caso contrario de no sincronizar, podemos provocar una arritmia ventricular, y en la desfibrilación por el contrario no se debe de sincronizar la descarga al ser un ritmo ventricular caótico. Además, en una cardioversión, las descargas suelen requerir menos energía que en una desfibrilación.

Solamente se desfibrilan la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sostenida, en casos de arritmias como son la taquicardia auricular paroxística, flutter auricular, fibrilación auricular y taquicardia ventricular con pulso, se cardiovierten.

Muchos estudios han publicado que los profesionales de enfermería, en la mayoría de los casos, se encuentran sin ningún médico justo en el momento inicial de cuando el paciente está sufriendo una arritmia, esto se debe al contacto continuo e ininterrumpido de los cuidados de enfermería hacia los pacientes, por ello, debemos de vigilar en todo el momento las posibles alteraciones en la monitorización del electrocardiograma o en los síntomas o signos que indiquen que el paciente esté sufriendo una arritmia para poder actuar rápidamente y avisar al médico/a. Además, es responsabilidad de enfermería revisar frecuentemente que el material a utilizar en una cardioversión y desfibrilación, está disponible y en óptimas condiciones.

- Pasos a seguir en la cardioversión y desfibrilación como profesiones de enfermería:

- Cuando el enfermero/a detecta una arritmia, informa al médico rápidamente y si contamos con más compañeros, otro simultáneamente se encarga de llevar el desfibrilador hacia el paciente y colocar los electrodos para monitorizar al paciente con el desfibrilador y si la desfibrilación se va a realizar con parches, colocarlos; uno en el tórax derecho del paciente, a unos centímetros del esternón por debajo

de la clavícula, 2º espacio intercostal y otro en la parte lateral del tórax izquierdo aproximadamente donde la línea axilar media, en el 5º espacio intercostal.

- Si es posible se debe de anticoagular y sedar al paciente antes del procedimiento por pauta médica, ya que es un procedimiento doloroso. Canalizar vías venosas periféricas si el paciente no posee.
- Retirar las prótesis dentales y objetos metálicos.
- Interrumpir la ventilación mecánica si el paciente está conectado a un respirador y conectarle a un ambú.
- Aplicar gel conductor en las palas para evitar quemaduras en el paciente, si no se dispone de gel conductor, se pueden colocar dos compresas humedecidas con suero fisiológico en el lugar donde se va a realizar la descarga y colocar las palas encima. El lugar de colocación de las palas es el mismo que para los parches, explicado unos puntos atrás.
- Vigilar que nadie toque al paciente ni nada situado cerca de él para evitar complicaciones hacia los profesionales sanitarios que intervienen en el procedimiento. Se debe de avisar antes de la descarga.
- Seleccionar la energía de choque que nos indique el médico y este se encargará de emitir la descarga eléctrica pulsando a los botones del desfibrilador o palas. Seleccionar modo sincronizado si se va a realizar cardioversión en lugar de desfibrilación.
- Se controlarán las constantes vitales durante el procedimiento y se registrarán si fuera necesario.
- En situaciones donde el médico no viene con rapidez, los profesionales de enfermería encargados de detectar la arritmia, deben de realizar la descarga eléctrica para evitar situaciones peores en el paciente como parada cardíaca o finalmente muerte por no llevar a cabo una desfibrilación precoz.
- Si el paciente entra en parada cardiorrespiratoria tras la arritmia, realizar masaje cardíaco.
- Si el paciente revierte a ritmo sinusal, se considerará efectiva la cardioversión o desfibrilación, pero si no revierte, puede ser necesario realizar más de una descarga eléctrica.

5 Discusión-Conclusión

- No se debe de confundir cardioversión eléctrica y desfibrilación porque aunque ambos tienen el mismo fin que es actuar con una descarga eléctrica ante una arritmia para devolver al corazón a su ritmo cardíaco normal, el procedimiento es distinto al ser usados en distintas arritmias, con una energía diferente y con

sincronización con la onda R del electrocardiograma en caso de cardioversión y sin sincronización en caso de desfibrilación.

- Los enfermeros/as, deben de estar correctamente formados para conocer las arritmias y saberlas detectar en el electrocardiograma para poder avisar al médico en su ausencia y actuar rápidamente ya que son partícipes en cada uno de los pasos del procedimiento y los únicos/as capaces de prevenir complicaciones mayores como parada cardiorrespiratoria o una arritmia de mayor cuantía debido a una actuación precoz por el contacto continuo en sus cuidados hacia los pacientes.
- No solo es importante conocer los pasos a seguir en la cardioversión o desfibrilación, sino también entender la anatomía y fisiología del corazón para comprender las arritmias y ser más efectivos en todo el procedimiento de la cardioversión y desfibrilación.
- Cardiovertir y desfibrilar, no son solo técnicas y funciones médicas, también implican a profesionales de enfermería, ya que en ausencia de médicos o incluso en la calle, (si existe desfibrilador disponible), son los que deben de realizar la descarga eléctrica para evitar la muerte del paciente/persona. Por lo que debe de conocer correctamente el funcionamiento del desfibrilador y no solo limitarse a los cuidados a seguir durante el procedimiento de la desfibrilación realizada por un médico.
- Las funciones de enfermería ante una arritmia en un paciente son muy importantes, ya que pueden salvar la vida del paciente y evitar consecuencias negativas para el paciente. Ejemplo: si el material con el que se va a realizar la cardioversión o desfibrilación no se encuentra en condiciones óptimas por fallo en la revisión, puede dar lugar a consecuencias graves hacia el paciente, o si por ejemplo no se aplica gel conductor o no se humedecen las compresas, se pueden producir quemaduras en el paciente, si no se colocan los parches en el lugar correcto, puede ser que la descarga no sea efectiva... Es por ello que los cuidados de enfermería durante la cardioversión y desfibrilación, son fundamentales.

6 Bibliografía

1. Orjuela Guerrero A. Cardioversión eléctrica en fibrilación auricular. Revista Colombiana de Cardiología. ELSEVIER. [revista en Internet] 2016 [Acceso 15 de Julio de 2023]; 23 (S5): [57-64]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-cardioversion-electrica-fibrilacion-auricular-S0120563316301644>.
2. Biblioteca Nacional de Medicina. MedlinePlus. Cardioversión. [actualizada el 5

de agosto de 2022; acceso 16 julio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007110.htm>.

3. Ortiz Escusol I, Munera Cabello L, Fernández Navarro B, Navarro Muñoz R, González González C, Cadena Gómez S. Cardioversión eléctrica. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com; 29 diciembre, 2019. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cardioversion-electrica/>.

4. IFSES Educación. Personas con Problemas Cardiovasculares. Madrid; 5ª edición: mayo de 2020.

5. Instituto Europeo de Salud y Bienestar. De la Peña M. Cardioversión y Desfibrilación [sedeWeb]. [acceso 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://institutoeuropeo.es/articulos/blog/cardioversion-y-desfibrilizacion/#::text=La%20fibrilaci%C3%B3n%20auricular%20es%20la,la%20duraci%C3%B3n%20de%20la%20arritmia.>

6. The Texas Heart institute. Anatomía del corazón; 2023. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/anatomia-del-corazon/>.

Capítulo 61

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

TAMARA OLIVA LEÓN

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

NEREA CABALLERO CALERO

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una patología crónica caracterizada por la inflamación del tracto gastrointestinal. Aunque la enfermedad de Crohn pueda afectar a cualquier lugar del tubo digestivo, de la boca hasta el ano, la parte a la que afecta más frecuentemente es al intestino delgado y al inicio del intestino grueso.

Se trata de un trastorno autoinmune que se produce cuando el sistema inmunitario ataca al tejido del tracto intestinal sano y lo lesiona, de manera que las zonas del tubo digestivo afectado se inflaman y la pared intestinal, desde la capa más interna o mucosa hasta la capa más externa pueden verse engrosadas de manera que puede desembocar en estrechamiento del intestino (estenosis) u obturarse completamente.

Aunque su causa se desconocía factores como la propia genética, los antecedentes familiares, factores ambientales, el tabaquismo, o la respuesta exagerada del organismo ante la presencia natural de bacterias en el intestino.

La sintomatología que presenta la enfermedad de Crohn es variada, destaca la presencia de dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, fatiga o hemorragia rectal.

Estos síntomas pueden aparecer de forma abrupta, aunque es más frecuente que lo hagan de manera progresiva. Otra de las características de la enfermedad de Crohn es la alternancia de brotes de alta actividad con periodos de inactividad o remisión. La inespecificidad de la sintomatología junto a la variabilidad de los periodos de remisión, que pueden llegar a durar años, dificulta el diagnóstico inicial de la enfermedad.

Actualmente, no existe una cura para la enfermedad de Crohn, sin embargo, existen terapias y tratamientos que permiten controlar la sintomatología y ayudan a prevenir la posibilidad de que aparezcan complicaciones derivadas de la enfermedad. En algunas ocasiones, los pacientes afectados con enfermedad de Crohn necesitan de cirugías la parte afectada del intestino.

Muchos afectados por esta enfermedad pueden llevar una vida normal con la ayuda del tratamiento, pero, en algunos, en otros pacientes puede derivar en complicaciones de gravedad que comprometa seriamente su salud.

2 Objetivos

- Conocer cuestiones básicas relacionadas con la actividad y actuaciones de enfermería ante un paciente con enfermedad de Crohn, ayudando a unificar criterios y mejorar la calidad asistencial del personal de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “enfermedad de Crohn” “cuidados en la enfermedad de Crohn” o “Enfermería y enfermedad de Crohn”.

4 Resultados

El abordaje correcto de la enfermedad de Crohn es necesario que sea realizado con la participación coordinada de un equipo interdisciplinar formado, al menos, por un equipo médico, personal de enfermería y psicólogos especializados en esta enfermedad. La enfermería juega un papel fundamental en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, proporcionando cuidados integrales y personalizados a los pacientes orientados a mejorar la calidad de vida del paciente y a la promoción de su bienestar psicológico y social fundamentados en la colaboración, confianza y apoyo que se establece en la relación enfermera-paciente.

Una de las actuaciones fundamentales del profesional de enfermería con el paciente con enfermedad de Crohn, sobre todo en las primeras consultas, será la de proporcionar una educación sobre la enfermedad. Esto es, ofreciendo a la paciente información detallada sobre los síntomas, su tratamiento y el manejo de ambos, resolviendo las dudas planteadas por el paciente o sus acompañantes.

La educación incluye promocionar la adhesión del paciente al tratamiento, resaltando la importancia de seguir minuciosamente el plan de tratamiento, la dieta prescrita o una dieta sana, la higiene adecuada y de cualquier otro cambio costumbres o estilo de vida que pueden afectar la enfermedad, por ejemplo, fomentando la realización de ejercicio o recomendando el abandono de hábitos como el consumo de alcohol, de tabaco o de cafeína.

El profesional de enfermería también realizará un seguimiento periódico de los síntomas del paciente como el dolor abdominal, la diarrea, la hemorragia rectal o cualquier otro, a la vez que realiza una evaluación de la respuesta del paciente al tratamiento.

El profesional de enfermería también será el responsable de la administración de medicamentos en algunos casos, como en algunos antiinflamatorios, inmunosupresores o terapias biológicas. También participará en el cuidado de heridas, fistulas o abscesos, realizando curaciones e instruyendo al paciente sobre cómo actuar en el caso de que se presenten complicaciones.

El paciente afectado con la enfermedad de Crohn en muchas ocasiones necesitará apoyo emocional y psicológico, el profesional de enfermería utilizará la escucha activa en la comunicación con el paciente dotándole de herramientas para el manejo del estrés y la ansiedad que pueden surgir en el curso de la enfermedad. En caso necesario, recomendará servicios de apoyo adicionales como la derivación a un psicólogo o la recomendación de contacto con otros pacientes o la asistencia a grupos de apoyo de pacientes afectados con su misma enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de la enfermedad de Crohn supone un cambio, a veces traumático, de la vida del paciente afectado. Dentro del equipo interdisciplinar que asiste al paciente, el profesional de enfermería resulta fundamental mediante la vigilancia de la sintomatología y haciendo un seguimiento del curso de la enfermedad y de su evolución una vez en tratamiento. El objetivo, básicamente, es el debilitamiento de la sintomatología presentada, que se prolonguen los periodos de remisión de la enfermedad, mejorar el bienestar y la calidad de vida del paciente y el fortalecimiento de su independencia. Para ello proporcionará la información y las recomendaciones necesarias, realizará la monitorización de los síntomas y evaluará la respuesta ante el tratamiento, cuando sea necesario, aplicará cuidados y administrará los medicamentos prescritos y proporcionará el apoyo emocional necesario. La finalidad es ayudar y guiar a los pacientes en el manejo de la enfermedad de forma efectiva.

6 Bibliografía

1. Agent. a. K. El rol de Enfermería en los pacientes con Enfermedad de Crohn, un agente clave [Internet]. Enfermeradigital.com. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeradigital.com/common/img/tfgs/trabajos/TFG%20Nicol%C3%A1s%20Justel%20Rey.pdf>
2. De San L, Pujibet F, Molina Llorca J, Aradilla A. ENFERMEDAD DE CROHN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA [Internet]. Eug.es. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://eugdSPACE.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/123/Enfermedad%20de%20crohn%20y%20cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf?sequence=3>
3. Educainflamatoria.com. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://educainflamatoria.com/enfermeria-especializada-en-enfermedad-inflamatoria-intestinal/>
4. Descripción general de la enfermedad de Crohn [Internet]. Crohn's & Colitis Foundation. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.crohnscolitisfoundation.org/es/descripcion-general-de-la-enfermedad-de-crohn>

Capítulo 62

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmunitaria que afecta al cerebro y la médula espinal. Se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y en la mayoría de los casos en edades comprendidas entre los 20 y los 40 años.

En la esclerosis múltiple, el sistema inmunitario ataca a la vaina protectora que recubre las fibras nerviosas y causa problemas de comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo.

La enfermedad puede debutar y cursar con síntomas diferentes, según las localizaciones de las placas. El curso puede ser en brotes, con remisión parcial, completa o progresivo. Algunas personas pueden permanecer casi asintomáticas tras largos años de evolución y otras con brotes frecuentes o daño progresivo, o incluso, con curso fulminante.

Se pueden dar manifestaciones neurológicas como la fatiga, las alteraciones del control motor, el deterioro intelectual y breves episodios transitorios de síntomas repetidos.

Los síntomas no aparecen en todas las personas por igual, ni siquiera con la misma intensidad. Al presentarse los síntomas de forma distinta en cada paciente se le ha denominado “la enfermedad de las mil caras”.

No se puede saber exactamente qué es lo que causa la esclerosis múltiple. La creencia más frecuente es que es causada por virus, un defecto genético o ambos. Los factores ambientales también pueden influir. Los pacientes más propensos a padecer esta enfermedad son aquellos con antecedentes familiares previos.

La esclerosis múltiple no tiene cura. Sin embargo, existen tratamientos que ayudan a agilizar la recuperación de la crisis, cambiar el curso de la enfermedad y controlar los síntomas.

2 Objetivos

1. Explicar el papel que la enfermería y la importancia que tiene en la esclerosis múltiple.
2. Detectar evidencias de la mejora de la calidad de vida con los cuidados ofrecidos por los profesionales.
3. Comprender las principales características de la enfermedad de la esclerosis múltiple; sus síntomas, causas, diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este se ha tenido que realizar una búsqueda sobre la esclerosis múltiple y el papel de la enfermería en diferentes bases de datos, revistas y libros. Con esto me he acercado con un mayor grado de profundidad a la problemática de la esclerosis múltiple y alcanzar los conocimientos precisos para desarrollar este trabajo.

Por medio de una asimilación y análisis de la información se ha logrado entender que es la esclerosis múltiple, su fisiopatología e incidencia y, entre otros, recalcar el conocimiento de los cuidados a pacientes con enfermedad neurodegenerativa. Se han utilizado documentos científicos de la literatura Latinoamericana, medline, IBECs (índice bibliográfico español en ciencias de la salud), Dialnet, scielo y cuiden.

Se utilizan palabras clave: ¿Qué es la esclerosis múltiple?, tratamiento en la esclerosis múltiple, cuidados de enfermería en la esclerosis múltiple, calidad de vida

en pacientes con esclerosis múltiple.

Se incluyeron artículos y documentos científicos de menos de años. Información de esclerosis en adultos y escritos en castellano y en inglés. Excluyo artículos de más de 10 años, información de pacientes ancianos y niños y otros idiomas que no sea español e inglés.

4 Resultados

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurológica; afecta al Sistema Nervioso Central, formado por el cerebro y la médula espinal.

Es la segunda causa de discapacidad entre los jóvenes después de los accidentes de coche, según la Sociedad Española de Neurología. y la primera causa de discapacidad no traumática en España, según la Sociedad Española de Neurología. Para las personas con esclerosis múltiple no es fácil la aceptación y adaptación a esta enfermedad incapacitante ya que la enfermedad es incierta y variable y esto provoca incertidumbre e inseguridad.

Sin embargo, el paciente puede estar conviviendo bien con la EM hasta que cambie su cuadro sintomático y exija un mayor ajuste a su nueva condición física y a las pérdidas económicas, profesionales familiares, psicológicas y sociales. Por eso, es fundamental un programa educacional en el que médicos, fisioterapeutas, asistentes sociales y enfermeros puedan dar informaciones y orientaciones a los pacientes y sus familias.

Se intentará que el tratamiento sea siempre multidisciplinar, a través de medidas educacionales, de rehabilitación y farmacológicas. Las intervenciones del profesional de enfermería van encaminadas a ayudar a los pacientes en la búsqueda de estrategias de afrontamiento para lograr una mayor adaptación de los cambios que sufrirán a lo largo de su vida integrándolos de forma adecuada y la aceptación que supone una enfermedad crónica, previniendo posibles complicaciones psicológicas.

El profesional de enfermería puede utilizar la técnica de afrontamiento para prevenir la aparición de repercusiones psicológicas negativas que podría suponer una disminución de la calidad de vida mayor, en comparación con aquellas personas que afronten el diagnóstico de la enfermedad y sus limitaciones, aprendiendo a vivir con ellas.

También se puede realizar un planteamiento de objetivos alcanzables de forma que el paciente pueda tener la sensación de control y anticipación a los cambios con la consiguiente disminución de incertidumbre.

La enfermera debe conocer en profundidad las características de la persona, de su

familia y del entorno. De ese modo, se puede hacer un planeamiento específico para las necesidades de cada persona.

El diagnóstico y el tratamiento de las recaídas de EM pueden ser difíciles debido a la variabilidad de la enfermedad. Establecer relaciones a largo plazo con los pacientes permite a los sanitarios reconocer y determinar más fácilmente el curso apropiado de tratamiento para aquellos individuos que experimentan las recaídas.

En relación al ámbito comunitario, la consulta de enfermería sistematizada posibilita evaluar individualmente al paciente y ofrecer una asistencia integral. De esta forma, tanto los pacientes como las familias tienen un espacio para hablar y reflexionar sobre sus dudas, y tienen la oportunidad de revelar al profesional de enfermería sus angustias e inseguridades, así como su vivencia con relación a la enfermedad, lo que da lugar al desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a la adquisición de conocimientos y hábitos saludables.

En la consulta de enfermería es posible llevar a cabo este tipo de intervenciones debido a la relación cercana que se forma entre el profesional y el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería es primordial tanto de cara al paciente como al de su familia. Los pacientes con esclerosis múltiple necesitan mucha ayuda familiar. Es una enfermedad que supone un momento de cambios: cuando se empieza la carrera universitaria, en la búsqueda de empleo o cuando uno se independiza. Por eso, es importante que la enfermería apoye lo máximo posible tanto a nivel físico como psicológico a los pacientes y a la familia.

Es fundamental que las enfermeras ofrezcan rehabilitación en todas las etapas de la enfermedad, ya que se conseguirán efectos beneficiosos. Importante es también que se conozcan los síntomas porque van a ayudar mucho a explicar a los pacientes en qué tratamientos pueden hacer más hincapié cuando surge un brote o cómo actuar en el día a día.

El abordaje del paciente con EM debe ser interdisciplinar, y la relación entre el departamento de neuropsicología y enfermería es vital para intercambiar información sobre adherencia al tratamiento, o evolución psicológica del paciente.

En conclusión, el profesional de enfermería tiene un papel activo en esta enfermedad neurodegenerativa, ya que gracias a sus cuidados la vida del paciente se verá afectada mejorando progresivamente. Destaco además la continuidad en el ámbito comunitario para facilitar el seguimiento de la enfermedad y también en el ámbito de la investigación acerca de los cuidados enfermeros en la esclerosis

múltiple.

6 Bibliografía

- Domingo Pozo M, Blanes Compañ F, Izquierdo García N. Plan de cuidados al paciente con Esclerosis Múltiple (EM) (GRD 013). Servicio de Neurología del Hospital General Universitario de Alicante.
- Corso NAA, Gondim APS, Rocha PC, Albuquerque MGF. Sistematización de la atención de Enfermería para el seguimiento ambulatorio de pacientes con esclerosis múltiple. Rev Esc Enferm USP. [Revista en Internet] 2013 [acceso 12 de febrero de 2015]; 47 (3): 750-5. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300750&lng=en.
- Esclerosis múltiple. Guía práctica para cuidadores. Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM)
- Carrón J, Arza J. Esclerosis múltiple, calidad de vida y atención sociosanitaria. Revista Internacional de Organizaciones, nº 11. Diciembre 2013, 37-60.

Capítulo 63

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA A CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo y actualmente se considera la principal causa de demencia entre los adultos mayores. Es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida de neuronas y sinapsis y la presencia de placas seniles. En la mayoría de los casos su inicio suele ser lento y progresivo, que se inician con fallos de memoria, y termina con un paciente encamado. Actualmente, no existen marcadores para su detección presintomática.

Existen 2 tipos:

- Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz (EAIP) se manifiesta antes de los 65 años

-Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (EAIT)

En el mundo, 50 millones de personas sufren esta enfermedad. Se estima que este número irá en aumento hasta los 80 millones entre el año 2030 y seguirá en aumento hasta alcanzar los 150 millones en el año 2050, a menos que se implementen intervenciones que permitan su detección, para retardar su comienzo y detener su progresión.

Como hemos dicho anteriormente, la EA es una enfermedad lentamente progresiva, y en su evolución pueden reconocerse 3 etapas:

-Primera etapa: se caracteriza por fallos en la memoria y olvidos frecuentes

-Segunda etapa: aparecen trastornos del lenguaje y apraxia

-Tercera etapa: el paciente queda incapacitado o postrado en una cama

Para hacer un diagnóstico de la enfermedad se exige la pérdida de 2 o más funciones cognitivas, una de ellas tiene que ser la pérdida de memoria y la otra puede ser el lenguaje, praxias....

2 Objetivos

Los objetivos planteados para esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Exponer las similitudes y diferencias entre la EA de inicio precoz y la EA de inicio tardío, para poder aclarar si nos enfrentamos a dos entidades iguales o diferentes.
- Establecer recomendaciones para evitar su aparición.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La revisión bibliográfica comenzó con una búsqueda de 15 referencias, de las cuales 10 fueron descartadas por ser repetidas o no ajustarse a los criterios de inclusión. Finalmente, la revisión incluyó 5 artículos en los que se abordaron varios temas, uno de ellos, por ejemplo, los beneficios de unos estilos de vida

saludables para reducir los síntomas. Todos ellos fueron analizados según sus características, objetivos y resultados principales.

Se ha llegado a la conclusión, que los programas que se llevan a cabo para mejorar los síntomas de depresión y ansiedad, son útiles para aumentar el conocimiento de la enfermedad y la motivación general por esta sano, mejorando las relaciones positivas con el paciente, esto es de suma importancia también para el rol del cuidador principal, que al igual que el paciente le afecta de una forma directa.

El deterioro cognitivo leve (DCL), es un tipo de demencia en la que existe pérdida de capacidades que impiden el desempeño de las actividades de la vida diaria, por ejemplo: aseo, vestuario, alimentación, higiene...

El análisis de los artículos que hemos seleccionado ha permitido identificar los principales factores que influyen en el DCL.

Algunos de estos factores son:

- Hipertensión
- Colesterol
- Diabetes
- Obesidad
- Sedentarismo
- Dieta poco saludable
- Baja actividad cognitiva y social

Los pacientes que padecen DCL tienen un alto riesgo de transformarse con el tiempo en EA.

Tanto la EAIP como la EAIT son variantes clínicas de la misma entidad, pero en el caso de la EAIT, se ve influida por factores relacionados con el envejecimiento. Visto lo anteriormente, considero que está en nuestras manos actuar para reducir los síntomas de la enfermedad, llevando a cabo modificaciones en nuestros hábitos de vida, como por ejemplo: no fumar, mantenernos con un peso dentro de los percentiles, evitar el estrés, llevar una alimentación variada que sea equilibrada, realizar algún tipo de actividad física.

5 Discusión-Conclusión

Se puede resumir este trabajo en la importancia de llevar unos hábitos de vida saludables, para disminuir el riesgo de padecer un DCL asociado a su fin con padecer EA.

Si estas medidas no son suficientes, es de suma importancia hacer un diagnóstico de forma precoz, para iniciar la terapia con las mejores expectativas y evitar las

complicaciones derivadas de los fallos del paciente y de los conflictos con su familia.

La EAIP y la EAIT tienen características comunes y características diferentes. Es cierto que el tipo de patología cerebral es el mismo, siendo este, el único criterio de diagnóstico definitivo y el que nos obliga a afirmar que se trata de la misma entidad. Sin embargo, las diferencias entre ambas no llevan a cuestionar si debe ser únicamente la anatomía patológica la que define siempre una entidad nosológica cuando se refiere a enfermedades neurodegenerativas como la que nos ocupan.

6 Bibliografía

1. Niu H, et al. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología* [Internet]. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>
2. Vlad SC, Miller DR, Kowall NW, FelsonDT. Protective effects of NSAIDs on the development of Alzheimer disease. *Neurology* [Internet]. 2008 [citado 3 Abr 2017]; 70:1672-1677. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23178247>
3. Hsu DC, Marshall, GA. Primary and Secondary Prevention Trials in Alzheimer Disease: Looking Back, Moving Forward. *Curr Alzheimer Res* [Internet]. 2017 [citado 4 Abr 2017]; 14(4):426-440. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5329133/>
4. Rodrigo Valenzuela B. Ácido Docohexanoico (DHA): Una perspectiva nutricional para la prevención de la Enfermedad de Alzheimer. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2008 [citado 4 Abr 2017]; 35(Supl1):[aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v35s1/art01.pdf>
5. Legislación: LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

Capítulo 64

IDENTIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADOS Y PRÁCTICAS CLÍNICAS EN MUJERES DE CÁNCER DE MAMA CON LINFEDEMA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

1 Introducción

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en 2020 fueron diagnosticados 2.261.419 casos de cáncer de mama, siendo un 12,5% del total, y el más diagnosticado ese año. Además, la prevalencia a los 5 años fue de 144.244 casos. La estimación en 2022 fue de 34.750 nuevos casos de cáncer de mama, a pesar de ser uno de los tumores con mayor incidencia, la mortalidad es solo del 6,9%. Sin embargo, el aumento de la supervivencia ha generado la aparición de efectos secundarios a largo plazo, lo que reduce la calidad de vida de esta población.

El linfedema, uno de los efectos secundarios más comunes en esta población, se define como una hinchazón progresiva del brazo producido por una acumulación de la linfa en dichos tejidos.

Este efecto secundario se produce después de la cirugía en mujeres con cáncer de mama, especialmente cuando se realiza una extirpación linfática axilar de un amplio número de ganglios o extirpación axilar completo, también denominado linfadenectomía.

El linfedema puede aparecer inmediatamente tras la cirugía y los tratamientos, aunque estudios han observado que el tratamiento de radioterapia administrado tras la intervención puede causar la aparición del linfedema o exacerbarlo. Tratar el linfedema es fundamental para la calidad de vida de estas pacientes, esto es debido a su impacto negativo a nivel físico, psicosocial, funcional y económico. Por lo tanto, seguir unas recomendaciones sobre el cuidado del linfedema es fundamental para mejorar la calidad de vida de esta población.

2 Objetivos

Identificar y describir los cuidados clínicos en mujeres que han sufrido cáncer de mama.

Identificar y describir el tratamiento del linfedema en pacientes que han sufrido cáncer de mama

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En esta revisión sistemática se han incluido tres estudios relacionados con las pacientes de cáncer de mama que han sufrido linfedema. Uno de los tres estudios incluidos fue las directrices de la Sociedad Americana del Cáncer y la Sociedad Americana de Oncología Clínica para la atención a las personas supervivientes

de cáncer de mama. Las recomendaciones de las dos instituciones destacan la importancia de que todos los profesionales clínicos aconsejen a las pacientes que han sufrido cáncer de mama la prevención o reducción del linfedema a través de la pérdida de peso con una dieta saludable y ejercicio y el tratamiento terapéutico con un especialista en fisioterapia oncológica.

El segundo estudio incluido en la revisión sistemática reclutó información práctica para pacientes con cáncer de mama y oncólogos sobre el uso de terapias complementarias para tratar los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos en las pacientes con cáncer de mama. En cuanto al linfedema, aconsejaron el tratamiento de este a través de terapias con láser, drenaje linfático manual y vendaje compresivo del brazo a través de profesionales clínicos especializados. Sin embargo, no se especificaron recomendaciones del enfermo oncológico o médico de referencia al paciente con cáncer.

Por último, el tercer estudio revisado identificó las recomendaciones y tratamiento en función del grado del linfedema. En cuanto al linfedema precoz o estadio I (leve) se aconseja comenzar a usar una prenda compresora, así como realizar un programa de ejercicio específico para estos casos. Sin embargo, aquellos que presentaban un linfedema moderado y tardío, además del uso de prendas compresivas, se recomienda la aplicación de terapias como el drenaje linfático o láser para una mayor reducción del volumen del miembro afectado.

5 Discusión-Conclusión

Existe una amplia evidencia científica sobre las recomendaciones y cuidados del linfedema. Cabe destacar que los estudios incluidos en esta revisión han sido dirigidos y llevado a cabo por instituciones referentes en el ámbito del cáncer y el tratamiento como la Sociedad Americana del Cáncer, la Sociedad Americana de Oncología Clínica o la Academia de Fisioterapia Oncológica. Una de las principales conclusiones de este estudio es la importancia que tiene la figura del profesional clínico (oncólogos y enfermeros) en comunicar al paciente recomendaciones, cuidados y consejos sobre el tratamiento del linfedema. Por otro lado, se ha demostrado que el vendaje, el uso de prendas compresivas y las terapias manuales son fundamental para reducir el volumen del brazo en estas pacientes.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2022). Las Cifras del Cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica. <https://seom.org/>

publicaciones/el-cancer-en-espanyacom

2. Courneya K. S. (2001). Exercise interventions during cancer treatment: biopsychosocial outcomes. *Exercise and sport sciences reviews*, 29(2), 60–64. <https://doi.org/10.1097/00003677-200104000-00004>
3. Ficarra, S., Thomas, E., Bianco, A., Gentile, A., Thaller, P., Grassadonio, F., Papakonstantinou, S., Schulz, T., Olson, N., Martin, A., Wagner, C., Nordström, A., y Hofmann, H. (2022). Impact of exercise interventions on physical fitness in breast cancer patients and survivors: a systematic review. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*, 29(3), 402–418. <https://doi.org/10.1007/s12282-022-01347-z>
4. Berger, A. M., Gerber, L. H., y Mayer, D. K. (2012). Cancer-related fatigue: implications for breast cancer survivors. *Cancer*, 118(8 Suppl), 2261–2269. <https://doi.org/10.1002/cncr.27475>
5. Ezzo J, Manheimer E, McNeely ML, Howell DM, Weiss R, Johansson KI, Bao T, Bily L, Tuppo CM, Williams AF, Karadibak D. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 21;(5):CD003475. doi: 10.1002/14651858.CD003475.pub2.
6. Warren LE, Miller CL, Horick N, Skolny MN, Jammallo LS, Sadek BT, Shenouda MN, O'Toole JA, MacDonald SM, Specht MC, Taghian AG. The impact of radiation therapy on the risk of lymphedema after treatment for breast cancer: a prospective cohort study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014 Mar 1;88(3):565-71. doi: 10.1016/j.ijrobp.2013.11.232.
7. Fu MR, Ridner SH, Hu SH, Stewart BR, Cormier JN, Armer JM. Psychosocial impact of lymphedema: a systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psychooncology*. 2013 Jul;22(7):1466-84. doi: 10.1002/pon.3201. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23044512; PMCID: PMC4153404.
8. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, Cannady RS, Pratt-Chapman ML, Edge SB, Jacobs LA, Hurria A, Marks LB, LaMonte SJ, Warner E, Lyman GH, Ganz PA. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol*. 2016 Feb 20;34(6):611-35. doi: 10.1200/JCO.2015.64.3809. Epub 2015 Dec 7. PMID: 26644543.
9. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, Johnson JA, Mumber M, Seely D, Zick SM, Boyce LM, Tripathy D. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2017 May 6;67(3):194-232. doi: 10.3322/caac.21397.
10. Davies C, Levenhagen K, Ryans K, Perdomo M, Gilchrist L. Interventions for Breast Cancer-Related Lymphedema: Clinical Practice Guideline From

the Academy of Oncologic Physical Therapy of APTA. *Phys Ther.* 2020 Jul 19;100(7):1163-1179. doi: 10.1093/ptj/pzaa087.

Capítulo 65

MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

1 Introducción

La disfagia es la dificultad para tragar, es decir, problemas con el descenso tanto de los alimentos como de los líquidos por la garganta. Algunas de las personas que sufren disfagia pueden tener durante la ingesta de alimento tos, arcadas, o se ahogan (1)

Este trastorno cada vez es más común con el envejecimiento, ya que este supone un deterioro de los tejidos nervioso y la función muscular. Por ello, se ha observado que la prevalencia de la disfagia es mayor en aquellos pacientes de edad avanzada que presentan enfermedades neurológicas, como los accidentes cerebrovasculares, demencia o Parkinson. (2)

La disfagia tiene una incidencia entre el 13-30%, incrementándose con la edad. Además, se ven afectadas el 13% de las personas mayores de 65 años, el 16% de las personas entre 70-79 años, y el 33% de las personas mayores de 80 años. (3) Este

trastorno está asociado con la edad, la capacidad funcional y la fragilidad de la persona. (4)

En este sentido, la disfagia genera ciertas complicaciones que comprometen la ingesta de alimentos en el sujeto. Las principales son complicaciones respiratorias, causadas por la pérdida de seguridad de la deglución, y la desnutrición y deshidratación, causada por la pérdida de eficacia de la deglución. (5)

Por ello, es fundamental que el equipo de profesionales sanitarios detecte a las personas con disfagia para prevenir y disminuir los efectos adversos de este trastorno. Además, realizar intervenciones para mejorar la deglución mejorará la calidad de vida del paciente. Esta revisión plantea un análisis del manejo de la disfagia en pacientes de edad avanzada.

2 Objetivos

- Describir intervenciones enfermeras para el abordaje de la disfagia de manera multidisciplinar.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizó las bases de datos Pubmed y Scholar Google combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: (older adults AND disfagia AND nursin care). Se revisaron los artículos publicados a partir de 2015, así como se usó el filtro de artículos completos (Full Free Text). A continuación, se evaluaron los posibles manuscritos elegibles en función de los siguientes criterios de inclusión: 1) Adultos mayores con disfagia, 2) evaluar y/o describir el manejo de la disfagia en esta población y 3) artículos publicados a partir de 2015.

4 Resultados

El primer estudio incluido en esta revisión analizó la detección precoz y el manejo de la disfagia en el paciente anciano. Los principales resultados muestran que el uso del Método de Exploración Clínico Volumen- Viscosidad (MECV-V) ha demostrado ser eficaz y seguro para identificar precozmente la disfagia en los pacientes. Como tratamiento tradicional de la disfagia ha sido la adaptación de las texturas en la dieta con espesantes y maniobras posturales. Sin embargo, se han desarrollado guías para individualizar las adaptaciones de la ingesta apropiadas

en función del tipo de paciente, dando prioridad a una ingesta calórico-proteica adecuada para evitar el riesgo de malnutrición. (6)

El segundo estudio incluido en este trabajo analiza el estado actual del abordaje de la disfagia en el paciente con Alzheimer, así como estrategias que faciliten la prevención de complicaciones en este colectivo. Los resultados demuestran la existencia de estrategias terapéuticas como cambios en el volumen y viscosidad del bolo, cambios posturales, maniobras deglutorias, intervenciones de rehabilitación, así como técnicas de incremento sensorial que han mostrado su eficacia en la deglución. Sin embargo, estas técnicas e intervenciones son complejas y necesitan ser abordadas con un equipo multidisciplinar. (7)

El tercer estudio que forma esta revisión es analizar e identificar un esquema multidisciplinario para detectar de manera precoz la disfagia. Los resultados afirman que el riesgo de disfagia se incrementa cuando el paciente presenta compromisos neurológicos, estados de conciencia y confusión, a través del uso de material quirúrgico tales como sondas o ventilaciones mecánicas. Abordar esta información permite al profesional sanitario no experto en deglución disponer de herramientas que permitan la detección precoz de disfagia. Para reducir los efectos adversos en pacientes con disfagia, se incorpora al equipo de salud mediante dos vías: 1) a cargo de servicio médico y/o enfermería especializados en deglución cuando existe riesgo alto y 2) método multidisciplinario cuando no existen riesgos altos que comprometan la salud del paciente. (8)

5 Discusión-Conclusión

El manejo de la disfagia en pacientes de edad avanzada es un tema de gran relevancia que se debe tener en cuenta y disponer de una serie de herramientas estándares que permitan a los profesionales sanitarios actuar de manera segura y eficiente. A pesar de la evidencia científica publicada en este campo, se necesitan más investigaciones para esclarecer las estrategias de actuación y detección de este trastorno. Como principales conclusiones extraídas en esta revisión son la necesidad de establecer un protocolo de detección y actuación ante las alteraciones de deglución e identificar los factores principales relacionados con el riesgo de sufrir disfagia en el paciente de edad avanzada. Por otro lado, se debe tener en cuenta las adaptaciones en la ingesta de alimentos para prevenir posibles complicaciones durante las comidas, además, es fundamental realizar las adaptaciones en función del tipo de paciente y patología.

6 Bibliografía

1. American Society of Clinical Oncology. Dificulta para tragar o disfagia. Cancer.Net. Consultado el 27 de agosto: <https://www.cancer.net/es/asimilación-con-cáncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-cáncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-f%C3%ADsicos/dificultad-para-tragar-o-disfagia#:text=La%20dificultad%20para%20tragar%20se,queda%20atascada%20en%20la%20garganta>.
2. Warnecke T, Dziewas R, Wirth R, Bauer JM, Prell T. Dysphagia from a neurogeriatric point of view: Pathogenesis, diagnosis and management. *Z Gerontol Geriatr*. 2019 Jul;52(4):330-5.
3. M. Cabre, M. Serra-Prat, Palomera, et al. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and ageing*. 2010; 39 (1) 39-45.
4. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Mateos-Nozal J, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016; 7;11:1403-1428. doi: 10.2147/CIA.S107750.
5. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 1;18(7):576-582. doi: 10.1016/j.jamda.2017.02.015.
6. Goñi Maisterra, Mirian. "Manejo de la disfagia orofaríngea en el anciano." (2019).
7. Baena González M, Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutr Hosp*. 2016; 30;33(3):286. Spanish. doi: 10.20960/nh.286.
8. Venegas, M., Navia, R., Fuentealba, I., de Medina, M. D., & Kunstmann, P. Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020; 31(1), 50-64.

Capítulo 66

PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON SONDAJE VESICAL TRAS PRESENTAR UNA RETENCION URINARIA

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

1 Introducción

El sondaje vesical consiste en introducir de manera aséptica una sonda vesical a través de la uretra hasta la vejiga, para vaciar esta. La velocidad y cantidad de orina que salga por la sonda a la bolsa se deberá controlar, ya que una gran cantidad, en poco tiempo, no debe producirse.

Hay diferentes tipos de sonda (Foley, Tiemann, Couvelaire, Mercier ...) y diferentes tamaños (desde 14-20 Ch), por lo general en hombres se usará 14-18 Ch y en mujeres 16 -20 Ch. En el caso de la retención de orina se suele utilizar la sonda de Foley.

Antes del sondaje, se le explicará al paciente lo que le vamos a hacer, las posibles complicaciones que pueden ocurrir, a la vez que se le pedirá el consentimiento de forma verbal para realizarle la técnica.

Al paciente se le dará una serie de recomendaciones y educación sanitaria al alta del servicio de urgencias, para que aunque porte la sonda, pueda hacer vida relativamente normal. También se le explicará las posibles complicaciones que le pueda ocurrir por tener la sonda, la más común la obstrucción de la sonda.

Importante que lleve la bolsa de diuresis fijada a la pierna para evitar tirones y posible arrancamiento de la sonda. Dependiendo de la actividad de la persona portadora de sonda, hay bolsas específicas para fijarlas a la pierna, más cómoda de usar para el paciente.

2 Objetivos

- Educación sanitaria eficiente para que el paciente portador de sondaje vesical practique vida “normal”
- Medidas de asepsia de la sonda vesical.

3 Caso clínico

Varón de 70 años, sin antecedentes previos de interés, acude a urgencias, por dificultad al orinar desde hace aproximadamente 8 horas.

Tratamiento habitual:

- Simvastatina 20 mg 0-0-1
- Amlodipino 5 mg 1-0-0
- Duodart 0.5/0.4 0-0-1

Exploración física: tenemos tensión arterial: 145/80, frecuencia cardíaca: 80 latidos por minuto, saturación de O₂ 98% y temperatura 37 grados. También en la palpación abdominal detectamos claro globo vesical, por lo que se le decide sondarle con una sonda de Foley n.º 16. Se prepara todo lo necesario y se le explica el procedimiento al hombre para pedir su consentimiento de forma verbal. Una vez sondado el paciente se le pinza la sonda, ya que en 20 minutos, tenía más de 500 ml de diuresis.

Exploración complementaria:

- Analítica con perfil renal
- Radiografía lumbar
- Ecografía abdominal, donde describen próstata de gran tamaño, como dato más significativo, a nivel renal no se observa ninguna obstrucción.

Tras mantenerlo en observación unas horas, y ver que el motivo de la RAO, es por el tamaño de la próstata, ya que a nivel renal no hay nada que provoque la retención. Se decide tras comentarlo con el urólogo de guardia, que permanezca con la sonda 5-7 días. Se la retirarán en su centro de salud de atención primaria.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA

Retención urinaria (00023)

NOC:

Eliminación urinaria (0503)

NIC:

-Sondaje vesical (0580)

-Cuidados de retención urinaria (0620)

-Cuidados de catéter urinario (1876)

NANDA:

Riesgo de lesión del tracto urinario (00250)

NOC:

-Eliminación urinaria (0503)

-Control del riesgo (1902)

NIC:

-Educación sanitaria (5510)

-Cuidados del catéter (1876)

NANDA:

Déficit de autocuidado: baño (00108)

NOC:

-Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)

-Autocuidados: baño (0301)

NIC:

Ayuda con los autocuidados baño/higiene (1802)

NANDA:

Deterioro de la movilidad física (00085)

NOC:

-Nivel de dolor (2102)

-Movilidad (0208)

-Nivel de malestar (2109)

NIC:

-Manejo del dolor (1400)

- Ayuda al autocuidado (1800)
- Administración de analgésicos (2210)
- Disminución de la ansiedad (5820)

4 Discusión-Conclusión

Analizando la situación de este caso clínico, vemos cómo actuar ante una urgencia muy habitual, como es la retención urinaria. Es importante saber cómo actuar, que debemos preparar, al igual que saber explicarle la técnica al paciente y las precauciones que debe tener, si por su patología debe de irse a casa con la sonda puesta.

Las precauciones y recomendaciones que hay que darle al paciente son:

- La bolsa de diuresis debe permanecer por debajo de la vejiga para evitar reflujo, ya que podrían producir infecciones.
- No manipularla, si no es estrictamente necesario.
- Observar la permeabilidad de la sonda, ante cualquier duda o problemas vaya a su centro de salud.
- Se puede salir a caminar con ella, por eso hay que fijarla muy bien a la pierna, para evitar tirones.

No olvidarse que cualquier que haya sido la causa por la que se hizo el sondaje, es importante beber mucha agua.

5 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae-en-paciente-con-hematuria-portador-de-sonda-vesical-permanente-en-atencion-domiciliaria-caso-clinico/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-retencion-aguda-de-orina-caso-clinico>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 67

SUTURAS EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO

1 Introducción

Los médicos, cirujanos y personal de enfermería llaman suturas a lo que vulgarmente se conoce como puntos: un método sencillo para mantener cerrada una herida mientras cicatrizan los tejidos. Los bordes de una herida se pueden unir mediante distintas formas: empleándose una sutura continua con un nudo en cada extremo; o una hilera de puntos separados, cada uno de ellos con su propio nudo; o lo que se conoce como sutura interrumpida la cual asegura que si un nudo se suelta o el material empleado se rompe, no falle toda la costura.

Se denomina sutura al material destinado a favorecer la cicatrización de una herida mediante el cosido quirúrgico de los bordes o extremos, con el fin de mantenerlos unidos disminuyendo la tensión entre ellos. En las suturas actuales el hilo de sutura es una continuación de la aguja, lo que hace que el paso de la sutura a través del tejido suturado es menos traumático, que si se utiliza una aguja enhebrada.

Al proceso de aplicación de la sutura se conoce como suturar. Actualmente se utilizan muchas clases de material de sutura, cada uno de ellos con propiedades determinadas. La sutura debe tener una serie de cualidades: mecánicas y biológicas. Entre las cualidades mecánicas se encuentran: elevada resistencia a la tracción, facilidad en su manipulación, no debe ser tóxica ni provocar reacción ni precipitación, características estandarizadas, bajo coste económico, mantener sus propiedades el tiempo necesario, flexibilidad, superficie y capilaridad. Mientras

que las características biológicas: adherencia bacteriana, reacción tisular y reabsorción.

2 Objetivos

Exponer qué es una sutura, además de los materiales empleados: los que se disuelven al cabo del tiempo, los que duran indefinidamente, la decisión de emplear uno u otro tipo dependerá de diversos factores; todos ellos valorados y a elección del equipo de cirujanos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación rigurosa en forma de revisión bibliográfica en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos con contenidos relacionados con el tema que se expone en el capítulo.

Palabras clave: suturas, quirófano, cirugía, clasificación, materiales, técnicas, valoración, agujas, enfermería, hospital.

4 Resultados

La clasificación de los hilos de sutura depende de su estructura, del origen del mismo; su permanencia en el organismo del paciente y por el acabado. Todos los hilos de sutura tendrán diferentes calibres, siguiendo la premisa de que el grosor de la sutura disminuye cuanto mayor es el número de cerros que presenta la sutura, esto puede verse reflejado en el paquete que la contiene. Consideraremos como estándar un calibre de 3-4/0 el calibre adecuado para la sutura de la piel, aunque algunas zonas del cuerpo necesitan de calibres más finos como pueden ser 5/0 o 6/0 en la cara; y de 2/0 y 3/0 (más gruesos) para el cuero cabelludo.

Dentro de la clasificación de las suturas quirúrgicas, según su origen podemos diferenciarlas: naturales (origen animal, vegetal o mineral) o sintéticas. En función de su estructura, las podremos dividir en: traumáticas (cuando el hilo no lleva aguja incorporada) atraumáticas (hilo con aguja incorporada) estas a su vez pueden dividirse en simples o dobles en función del número de agujas en los extremos del hilo. Según su permanencia en el organismo del paciente, distinguimos: reabsorbibles (desaparece gradualmente en el organismo) y no reab-

sorbibles (la sutura no puede desaparecer del organismo debido a su estructura). Y finalmente según su acabado: monofilares (hilos finos, unitarios, homogéneos y uniformes), multifilares (formadas por hilos monofilares muy finos sometidos a un grado de trenzado o de torsión), multifilamentos torcidos, trenzados y recubiertos.

Dentro de los materiales que componen las suturas, encontramos: la seda, es el material de sutura más ampliamente utilizado. Sus filamentos pueden retorcerse o trenzarse para formar el hilo de sutura. La materia prima es un filamento hilado por la larva de gusano de seda al hacer su crisálida. Estos filamentos se combinan en varias formas, produciendo gran variedad de hilos que dan los tamaños de las suturas. Se tiñe de negro para facilitar su visibilidad entre los tejidos. No se utiliza húmeda, pues así pierde su fuerza tensil. Aunque no es absorbible, a los dos años puede desaparecer casi por completo. Se utiliza en ligaduras de vasos y en cierres de cirugía general.

Dentro de las suturas no absorbibles sintéticas se encuentran: la sutura de seda tranzada negra, sutura quirúrgica monofilamento de nylon, supramid poliamida sutura quirúrgica de poliamida de tipo Z, propilorc polipropileno, lino, acero

Otro de los materiales utilizados son las suturas metálicas, la técnica de sutura mecánica consiste en suturar mediante instrumentos que funcionan insertando grapas o clips en el tejido, para lo cual existen diferentes dispositivos: grapadora cutánea (solo se utiliza para el cierre de la piel), grapadoras internas (se utilizan en cirugía abierta, en especialidades como: cirugía digestiva, hemorroides, anastomosis) y dispositivos de aplicación de clips (se utilizan para ligar vasos, siendo los clips de acero inoxidable o de titanio).

Existen diferentes tipos de agujas de sutura, con diferentes calificaciones y nomenclaturas (dependiendo del fabricante), la dimensión de la aguja es proporcional al grosor del hilo; las agujas curvas se manipulan siempre mediante un porta del tamaño adecuado y en el caso de que fuera muy pequeña se utilizará un mosquito. El tamaño de la aguja se mide fundamentalmente por la longitud de la misma y por la porción de arco de circunferencia que describen. Las más empleadas son las TB-9 y TB-15.

Por otro lado, las agujas con menor arco, como las $\frac{1}{2}$ de círculo se emplean en heridas profundas, y las de $\frac{5}{8}$ en cavidad nasal y oral, donde no es posible grandes movimientos del portaagujas.

La función de la aguja es permitir el paso actuando como guía del hilo de sutura a través del tejido; el endurecimiento homogéneo del material es fundamental para que la aguja obtenga la dureza necesaria, sin perder su elasticidad; son de acero y deben tener una serie de cualidades: El orificio ocasionado en el tejido será imprescindible para el paso del hilo, debe permitir un perfecto, preciso y exacto suturado; no debilitará la estructura del tejido y no introducirá ningún microorganismo. Podemos encontrar varios tipos de agujas: rectas y curvas. La aguja está compuesta por tres partes: el ojo, el cuerpo y la punta.

El ojo solo existe en las agujas sueltas para montar sutura. Puede ser redondo, oval, cuadrado y de tipo francés (presenta una hendidura por donde se inserta el hilo). La ventaja de las agujas con ojo abierto es que permiten utilizar diversos tipos de material de sutura y diversos diámetros, por lo que a veces resultan útiles en situaciones específicas.

El cuerpo es la sección que puede ser cilíndrica, aplanada y triangular. El grado de la curvatura va a estar en relación con la longitud de la aguja. La curvatura puede llegar a ser de 5/8 y la longitud oscila entre 4-60mm. De la horma del cuerpo va a depender el camino seguido por la sutura a través del tejido. Además se debe tener en cuenta otra serie de características como son: el arco, calibre, radio, cuerda (es la distancia en línea recta entre la punta y el extremo posterior) y longitud.

La punta es la parte encargada de perforar el tejido abriendo paso al resto de la aguja al hilo de sutura. Existen distintos tipos de agujas, dependiendo de las estructuras del tejido que se va a suturar: cilíndrica, triangular, trocar y antipinchazos.

El personal de enfermería deberá conocer y estar familiarizado con los distintos tipos de sutura y las técnicas para realizarlos; ya que en muchas ocasiones será el colaborador en la realización de la sutura de la piel. En primer lugar se deberá emplear el instrumental adecuado y manejará los tejidos con especial cuidado, los bordes de la herida deberán estar bien enfrenados sin excesiva tensión; evitando estrangular los tejidos con las suturas; evitando dejar espacios muertos con lo que se evitarán posteriores hematomas.

Se debe diferenciar entre sutura continua y discontinua. La sutura continua tiene más ventajas en lo referente a la seguridad aunque suelen ocasionar algún problema de tipo circulatorio. Las técnicas de sutura empleadas al igual que el tipo de sutura van a depender del cirujano, del tipo de intervención del tamaño de

la herida, del estado del paciente... Aunque en la sutura de piel se emplea más frecuentemente la seda o fibra natural no absorbible, aunque podemos encontrar suturas sintéticas monofilares (monopropileno).

5 Discusión-Conclusión

Se denomina sutura al material destinado a favorecer la cicatrización de una herida mediante el cosido quirúrgico de los bordes o extremos, con el fin de mantenerlos unidos disminuyendo la tensión entre ellos. La clasificación de los hilos de sutura se puede clasificar con respecto a su origen, su estructura; su permanencia en el organismo del paciente y por su acabado.

Se considera universalmente las suturas 3-4/0, el calibre adecuado para suturar la piel. La aguja consta de varias partes: ojal, cuerpo y punta. Lo cual dará lugar a los distintos tipos de agujas. La función de la aguja es permitir el paso actuando como guía del hilo de sutura a través del tejido del paciente.

6 Bibliografía

1. Arribas Blanco, J.M. : Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Jarpyo Editores. Madrid, 2.000.
2. Caballero Martínez, F. : Gómez Martín, O.: y colaboradores.: Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. Imsalud. Madrid, 1.996.
3. Lask, G.P.: Moy, R.L. : Principles and Techniques of Cutaneous Surgery. Mc Graw-Hill. 1.996.
4. Bull, M.J.V.: Gardiner, P. : Surgical Procedures in Primary Care. Oxford University Press, 1.995.
5. Camacho, F. : De Dulanto, F. : Cirugía Dermatológica. Grupo Aula Médica. Madrid, 1.995.

Capítulo 68

DIABETES MELLITUS EN INMIGRANTES. COMPETENCIAS TRANSCULTURALES EN EL ÁMBITO ENFERMERO

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad endocrino-metabólica de carácter crónico asociada a un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular. Se caracteriza por una serie de trastornos que dan lugar a una elevación persistente y mantenida de la glucemia plasmática como consecuencia de una disminución de la secreción pancreática endógena de insulina, de una disminución de su eficacia o de la combinación de ambas. Supone un incremento de la mortalidad y morbilidad a través de sus complicaciones crónicas y podemos diferenciar cuatro tipos de DM: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), DM gestacional y otros tipos de DM específicos (1), (2).

Es considerada uno de los principales problemas sanitarios a escala mundial, predominando su prevalencia en la DM2, situándose está en el 90% de la población diabética. En España alrededor del 30,3% de las personas con DM desconocen padecerla. Se estima que para el año 2025 la cifra de diabéticos será de 380 millones a nivel mundial y que el 75% de ellos pertenecerán a países en vías de desarrollo (1), (3).

El fenómeno migratorio se ha convertido en un reto importante al que debemos hacer frente y que se ha visto impulsado por la necesidad de una mejora de la calidad de vida a través de la inclusión en el mercado laboral. Actualmente, la mayoría de los flujos migratorios están relacionados con la globalización económica, mientras que en los años 60 y 70 las migraciones tenían un carácter político. De esta manera, el perfil de las migraciones internacionales son adultos y familias jóvenes en un tramo de edad de entre 20 y 40 años y con un buen estado de salud. Hay un cierto equilibrio entre la migración de ambos sexos, siendo la femenina alrededor del 45% debido a la mayor inclusión de la mujer en el mercado laboral (4).

La elevada población de residentes extranjeros en España genera un gran impacto en el sistema de salud y un reto, ya que hay que hacer frente a una serie de adaptaciones en el ámbito socioeconómico, cultural y religioso, además de una adaptación a nivel comunicativo por la diversidad lingüística que hay en nuestro país (5).

A nivel de salud, la cartera de servicios del Sistema Sanitario se ha inmerso en una sociedad multicultural debido a que es necesario ampliar los conocimientos sobre las diferencias culturales tanto en las organizaciones como en los programas de sanidad. En el ámbito de la enfermería, es necesario abordar todo esto desde una perspectiva biopsicosocial, es decir, acercándonos al conocimiento de la cultura y demás hábitos del individuo (5).

2 Objetivos

El objetivo general, teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, se centra en exponer una revisión narrativa sobre cómo afecta la diabetes mellitus a los inmigrantes que llegan a España.

En los objetivos específicos abarcaremos las dificultades que presentan los inmigrantes a la hora de acceder al sistema sanitario y de llevar a cabo un buen control de la diabetes y como esto influye en las competencias culturales en relación con la enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para su búsqueda sistemática se han empleado libros y artículos en bases de datos científicas como Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen estudios que advierten una presencia mayor de DM en inmigrantes que en la población autóctona. Uno de los principales motivos se basa en diferencias genéticas o lo que se conoce como la “hipótesis del gen ahorrativo”. Según esta hipótesis, en períodos de decadencia conseguían subsistir aquellos que durante los períodos de abundancia tuvieran un gen que consiguiera adaptarse almacenando las reservas energéticas, mientras que la mortalidad era más alta en aquellos individuos en los que este gen estaba ausente. De esta manera, si la escasez continúa, no aparece DM porque hay un ajuste metabólico favorable. Sin embargo, ante una dieta hipercalórica, nuestro organismo no es capaz de adaptarse y este gen ahorrativo favorece la aparición de ciertas patologías como la DM. Este problema produce hiperinsulinemia con insulinoresistencia selectiva y se asocia mayormente a inmigrantes procedentes del sudeste de Asia y población indígena de América (1), (2).

El paso a una vida industrializada donde el gasto calórico es menor por una disminución de la termogénesis por actividad y por factores económicos que llevan a la elección de dietas ricas en hidratos de carbono rápidos y azúcares (hipercalóricas) en lugar de elegir dietas equilibradas por su mayor coste económico, produce un incremento del riesgo de obesidad y, por consiguiente, de DM (6).

Los perfiles de dislipemias e hipertensión prevalecen en los diabéticos inmigrantes procedentes de Europa, siendo inferior en aquellos procedentes de África, Asia y Sudamérica (1).

Sin embargo, estos datos no son aplicables al conjunto de la población inmigrante, ya que existen individuos que siguen manteniendo sus costumbres, sobre todo las mujeres, disminuyendo así el riesgo de enfermedades metabólicas. También hay diferencias entre las primeras y las segundas generaciones de inmigrantes, es decir, entre padres e hijos nacidos o criados en el país de acogida, siendo mayor la prevalencia de DM en las segundas generaciones por una mayor adaptación a la cultura de dicho país (6).

El período infantil es muy importante para desarrollar un buen estado de salud a lo largo de la vida. Los niños inmigrantes tienen una mayor vulnerabilidad para presentar estrés, ansiedad y depresión debido al duelo migratorio. Muchos de ellos presentan vicisitudes a la hora de adaptarse al nuevo entorno, sobre todo en el ámbito social debido a la desvinculación afectiva tanto de familiares como de amigos, a la situación económica, además de los problemas a la hora de adaptarse a una nueva cultura, más aún si en el país de acogida se habla una lengua diferente. Todo ello se agrava si los niños han vivido situaciones traumáticas o han emigrado en ausencia de sus padres, ya que un núcleo familiar unido reduce los estados depresivos (7), (8).

Esta situación favorece la aparición de factores de riesgo como el retraso de madurez a nivel emocional y retraso en el crecimiento, así como trastornos cognitivos y motores. A esto se le suma una mayor probabilidad de tener sobrepeso y obesidad, desencadenando una posible DM debido a tener un hábito de vida más sedentario y malos hábitos alimenticios (7), (8).

En España tenemos un sistema sanitario público universal, por lo que todo inmigrante que esté empadronado en un municipio tiene derecho a acceder a los servicios sanitarios. Sin embargo, existen factores como la organización del sistema sanitario y las diferencias culturales, que dificultan el acceso a estos servicios. En el caso de la mujer inmigrante, al ejercer el rol de cuidadora y muchas veces ser el único sustento de la familia, le lleva a no acceder cuando lo requiere a los profesionales sanitarios. A todo ello se le suma el hecho de no haber tomado medidas institucionales en las barreras idiomáticas, lo que hace que muchos profesionales sientan rechazo al tener que prestar mayor atención al inmigrante y perder tiempo por los impedimentos relacionados con la comunicación. Incluso los hay con prejuicios y cierto rechazo ante el paciente inmigrante (4).

El abordaje del control diabético es muy diferente en función de las etnias. Suelen abandonar los tratamientos cuando los síntomas han desaparecido, son reacios a las extracciones de sangre porque le dan mucha importancia a esta y cambian el estilo de vida, normalmente aumentando la ingesta calórica y reduciendo la actividad física. Por ello, al ser la dieta un importante aliado para el control de la DM, debemos indagar en su cultura y gastronomía para poder elaborar dietas personalizadas (1), (10).

La educación terapéutica ante la DM en inmigrantes es de vital importancia para la mejora de la enfermedad y requiere de cambios en los estilos de vida, en los servicios médicos y en variables clínicas y psicosociales. Se deben individualizar las intervenciones realizadas según el grupo étnico y sus características socioculturales, siendo de gran ayuda la presencia de un mediador cultural (1), (10).

Las intervenciones de enfermería son muy amplias. Desde la prevención primaria se deben elaborar estrategias para formar de manera continuada a inmigrantes y que puedan adquirir hábitos de vida saludables evitando la aparición de enfermedades cardiovasculares. En inmigrantes diabéticos, las enfermeras se encargan de la detección precoz de trastornos psicológicos, educación diabetológica, así como de terapias y mediación a través del apoyo y refuerzo (1), (9).

5 Discusión-Conclusión

La situación de proceso migratorio produce en los inmigrantes un cambio de vida con una serie de pérdidas y al mismo tiempo numerosos retos a los que han de enfrentarse. Esto genera problemas en el estado de salud de los individuos, que tienden a variar su estilo de vida con una elevada ingesta calórica y una disminución de la actividad física, pudiendo desencadenar obesidad, diabetes, hipertensión o dislipemias, entre otros riesgos para la salud

La falta de conocimientos sobre la cultura de estos individuos y en gran parte, el desconocimiento de la lengua, hacen que en muchas ocasiones la atención diabética por parte de ellos profesionales sanitarios no sea la adecuada por interpretaciones erróneas de los diagnósticos e incluso por rechazo de los propios usuarios a acceder a estos servicios debido a la escasez de medios para facilitarles un cuidado óptimo. De ahí, que muchos inmigrantes no tengan un buen control diabetológico o no tengan a mano los recursos para reducir los riesgos de padecer diabetes.

Debido a todo esto, podemos concluir manifestando la gran necesidad de formación en el ámbito de la salud de cuidados culturales competentes para asegurar una atención sanitaria de calidad.

6 Bibliografía

1. Ortega Sánchez G, Torres Baile JL, Salinas Amirola I, Cortés Béjar M. ¿Existen diferencias clínicas y metabólicas entre diabéticos inmigrantes y autóctonos?. Aten Primaria [Internet] 1 de abril de 2012. [citado el 25 de agosto de 2023];44(4):209-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002836>.
2. Barrot de la Puente J. Diabetes e inmigración. Diab Práctica [Internet] 2011. [citado el 25 de agosto de 2023]; 2(1): 7-13. Disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/138202911003_articulo_revision_D_practica_v.02_n.01_2011.pdf.

3. España es el segundo país con mayor prevalencia de diabetes de Europa [Internet]. Sediabetes.org. [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/comunicacion/sala-de-prensa/espana-es-el-segundo-pais-con-mayor-prevalencia-de-diabetes-de-europa/>.
4. Artigas-Lelong Berta, Bennasar-Veny Miquel. La salud en el siglo XXI: El resto de los cuidados multiculturales. *Index Enferm* [Internet] 2009 marzo. [citado el 25 de agosto de 2023]; 18 (1): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100009&lng=es.
5. Contreras Martorell I, Sánchez Marimon E (dir). Competencias culturales de Enfermería en los cuidados dirigidos a la población inmigrante de España. [trabajo final de grado en Internet]. [Palma de Mallorca]: Universitat de les Illes Balears; 2019. [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150420/Contreras_Martorell_Ismael.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Claret Torrents C, Goday Arnó A. Epidemiología de la diabetes en el mundo [Internet]. En: Diabetes y Etnias. Badalona: Euromedice; 2011 [citado el 25 de agosto de 2023] (pp. 23-35). Disponible en: <http://frcf.cat/wp-content/uploads/2017/12/Etnias-y-diabetes.pdf>.
7. Castiblanco Alba DC, Castro Martínez J (dir). Sintomatología depresiva en niños migrantes venezolanos entre los 7 y 12 años [trabajo final de grado en Internet]. [Bogotá]: Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano; 2019 [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1394/04%20Trabajo%20Final%20Diana%20Catalina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. González-Rábago Y, Martín U. Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia? *Gac Sanit* [Internet] 5 de diciembre de 2019. [citado el 25 de agosto de 2023];33:156-61. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/gs/2019.v33n2/156-161/>.
9. Lozano Casado M, del Río Mayor MJ (dir). Intervención de enfermería en el cuidado emocional y psicosocial del adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1 [trabajo de fin de grado en Internet]. [Soria]: Universidad de Valladolid; 28 de mayo de 2018 [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32674/TFGO-1397.pdf?jsessionid=D29EEDFC174647F018CAA03128CF698F?sequence=1>.
10. Nadal JP. ¿Cómo abordar el tratamiento de la diabetes en población inmigrante? [Internet]. En: Guía de actualización en diabetes. Badalona: Euromedice; 2015 [citado el 25 de agosto de 2023] (pp. 118-120). Disponible en: <http://redgdps>.

org/gestor/upload/GUIA2016/P58.pdf.

Capítulo 69

LA NUTRICIÓN COMO TERAPIA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

En la sociedad actual hay un creciente porcentaje de población anciana debido al envejecimiento producido por un descenso de la tasa de natalidad y la aparición de nuevas técnicas sanitarias (1). El envejecimiento de la población ha favorecido la aparición de enfermedades neurodegenerativas y crónicas no transmisibles como es el caso del Alzheimer. La OMS refiere que, a nivel mundial, se encuentran 35,6 millones de personas con demencia y estima que para 2050 esta cifra se habrá triplicado (1).

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia, presentándose en un 60-70% de los casos (2). El Alzheimer es una enfermedad multifactorial cuyo origen se sigue investigando, pero para el cual hay varias hipótesis, siendo las principales las siguientes:

- Hipótesis colinérgica: Disminución de acetilcolina en el cerebro por un aumento de acetilcolinesterasa produciendo una disminución de la actividad colinérgica dando lugar a un deterioro en la cognición (2).
- Hipótesis amiloide: La división excesiva del precursor amiloide produce un exceso de fibras beta-amiloides en el medio extracelular que se acumulan como placas seniles produciendo toxicidad y degeneración a nivel neuronal (2).
- Hipótesis tau: Tau es la agrupación microtubular de proteínas en el medio intracelular que, aunque aportan estabilidad en los axones, también producen una situación de hiperfosforilado en dichos axones (2).

Estas hipótesis concluyen con apoptosis neuronal, lo que implica que la sinapsis interneuronal se vea afectada, dando lugar a la aparición de los principales signos y síntomas de esta enfermedad como son: la pérdida de memoria a corto y largo plazo y el deterioro de la personalidad, la conducta y estado de ánimo del paciente (1).

En la actualidad se carece de cura para el Alzheimer porque no se ha descubierto cómo detener la apoptosis neuronal y el exceso de producción de proteínas. Por ello, han surgido ciertas investigaciones centradas en el tratamiento de los signos y síntomas, la prevención y en terapias que mejoren o mantengan la calidad de vida de estos pacientes (3).

Los signos y síntomas de carácter físico son los primeros en aparecer en este tipo de enfermedades, algunas alteraciones son: disnea, dolor, pérdida de peso, cefaleas, pero, sobre todo, alteraciones en la deglución (estando presente la disfagia en un 14-57% de las personas con demencia), causando finalmente un estado de malnutrición en los pacientes (3).

Esta patología tiene su origen en múltiples factores de tipo socioeconómico, conductual, genético y ambiental. Entre estos factores se incluye la dieta del paciente, la cual juega un papel muy importante en la prevención y el desarrollo de esta enfermedad, la carencia de cierto tipo de vitaminas, proteínas, ácidos esenciales o la presencia de ciertos biomarcadores pueden indicar o empeorar el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, mientras que una dieta adecuada y con ciertas características puede actuar como factor protector de dicha enfermedad (3).

2 Objetivos

- Indicar alimentos o suplementos útiles para prevenir o ralentizar el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.
- Conocer la importancia de la nutrición en los pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio, hizo una exhaustiva revisión sistemática de diversos artículos disponibles en formato online provenientes de la base de datos de PUBMED y SCIELO. Para realizar la búsqueda se utilizaron como palabras claves: nutrición, demencia, Alzheimer y adultos mayores. Con estos métodos de exclusión se obtuvieron un total de 48 artículos en relación con la materia de estudio, de los cuales fueron revisados 15 estudios e incluidos en el presente trabajo. La muestra seleccionada para el estudio su edad era igual o superior a 60 años, que incluían pacientes que padecían la enfermedad de Alzheimer y otros carentes de enfermedad para evaluar el tratamiento como medida preventiva y como tratamiento. Para ello se usó como herramienta de medida el MMSE (Mini-Examen de estado Mental) (4) para evaluar el grado de deterioro cognitivo de los participantes. Otra herramienta muy utilizada en los estudios hallados fue el CIBIC-PLUS (Clinician Interview Based Impression of Change) (5), es una escala que valora el estado clínico del paciente en relación a tres aspectos que son la función intelectual, comportamiento y actividades básicas de la vida diaria.

4 Resultados

La dieta más utilizada en los diferentes estudios hallados fue la dieta mediterránea, que consiste en una dieta compuesta, fundamentalmente, por un alto consumo de frutas, verduras y aceite de oliva (6). Se han estudiado los beneficios asociados a su consumo y se ha observado que una mayor adherencia a esta dieta se asocia con una mejor cognición global, memoria episódica, un menor riesgo de deterioro cognitivo y una menor aparición de enfermedades neurodegenerativas (6). En los estudios incluidos se realizó un seguimiento de 30 años (en los de tipo longitudinal) donde a partir de los primeros 4 años se observó un descenso en el deterioro cognitivo en los 5 dominios cognitivos medidos que son: la memoria episódica, la memoria semántica, la capacidad visuoespacial, la velocidad de percepción y memoria de trabajo (6).

También, es importante en este tipo de pacientes un consumo adecuado de ácidos grasos poliinsaturados y de omega-3, debido a que tienen un efecto protector en enfermedades cardiovasculares y en accidentes isquémicos (4). Su consumo está relacionado con la reducción de la síntesis de citocinas proinflamatorias, protrombóticas y vasoconstrictoras, por ello, estos podrían tener un efecto beneficioso en la enfermedad de Alzheimer (4).

En relación a la betaína, que es un nutriente no esencial que se encuentra de manera natural en ciertos alimentos, esta ayuda a mantener de manera adecuada los niveles de colesterol y albúmina en sangre de los pacientes. También, en diversos estudios se ingirieron dosis de 200 mg de betaína diaria, lo cual aumentó los niveles de proteínas asociadas a la memoria (NR1, NR2A Y NR2B) y redujo el número de proteínas tau fosforiladas (la hiperfosforilación de estas proteínas contribuye al entrelazamiento neuronal provocando enfermedades neurodegenerativas) (7). Por todo lo nombrado anteriormente, se cree que este nutriente podría actuar como factor protector en la enfermedad de Alzheimer.

Como alimentos a evitar encontramos los azúcares, debido a que un aumento en el consumo de carbohidratos y azúcar están relacionados con una mayor cantidad de biomarcadores amiloides, según han demostrado varios estudios (8).

Como suplementos alimenticios, es muy utilizado el Souvenaid en la enfermedad de Alzheimer. El Souvenaid es un complemento alimenticio de vitaminas, proteínas y ácidos grasos que se utiliza para tratar los problemas de memoria. Sin embargo, cuando nos encontramos con una enfermedad de Alzheimer moderada o severa no se encuentran diferencias significativas entre grupo control y grupo experimental tras 24 meses de tratamiento. De esta manera este suplemento solo se aconseja su prescripción en casos leves de esta enfermedad (9,10).

Por otra parte, actualmente se están realizando investigaciones cuyo objetivo es demostrar el efecto de la microbiota con la formación de placas amiloides. Por ello, además de su importancia al administrarse como suplemento para la reducción de los triglicéridos sanguíneos y la insulina, se ha demostrado su capacidad para mejorar la función cognitiva del cerebro en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Dicha capacidad se ha probado mediante estudios mentales a los pacientes a los que se les administró probióticos (*Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium bifidum*, and *Bifidobacterium longum*) durante 12 meses (11).

5 Discusión-Conclusión

En relación a lo nombrado anteriormente en este trabajo, no existe un método absoluto para prevenir la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, ciertos alimentos, dietas y suplementos orales, siendo estos últimos los que se utilizarían en último lugar, han demostrado reducir el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer de manera significativa. Aunque todavía es una nueva rama de estudio los resultados obtenidos son prometedores y los investigadores van a seguir analizando por esta línea de estudio.

Además, se están empezando a estudiar los efectos de la alimentación en combinación con el ejercicio en la prevención de la enfermedad de Alzheimer y otro tipo de demencia, lo cual abriría una nueva línea para futuros estudios.

6 Bibliografía

1. Alvarado García et al. - 2019 - Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia.pdf [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n3/2346-3414-cuid-10-3-e813.pdf>
2. Paudel P, Park CH, Jung HA, Yokozawa T, Choi JS. A systematic review on anti-Alzheimer's disease activity of prescription Kangen-karyu. *Drug Discov Ther.* 2020 May 6;14(2):61-66
3. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr Edinb Scotl.* diciembre de 2015;34(6):1052-73.
4. Raúl Arizaga, Dolores Barreto, Claudia Bavec, Waleska Berríos, Diana Cristalli, Liliana Colli, María Laura Garau, Angel Golimstok, Juan Ollari, Diego Sarasola. Dieta y prevención en enfermedad de Alzheimer. 2018 Mar;10(1):44-60.
5. Burckhardt M, Herke M, Wustmann T, Watzke S, Langer G, Fink A. Omega-3 fatty acids for the treatment of dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [citado 24 de diciembre de 2021];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009002.pub3/full>
6. Chen H, Liu S, Ji L, Wu T, Ji Y, Zhou Y, et al. Folic Acid Supplementation Mitigates Alzheimer's Disease by Reducing Inflammation: A Randomized Controlled Trial. *Mediators Inflamm.* 2 de junio de 2016;2016:e5912146.
7. Burckhardt M, Watzke S, Wienke A, Langer G, Fink A. Souvenaid for

Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 15;12(12)

8. Consejos de alimentación para un paciente de Alzheimer [Internet]. KNOW Alzheimer. 2016 [citado 6 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://knowalzheimers.com/consejos-alimentacion-paciente-enfermedad-alzheimer/>
9. Sun J, Wen S, Zhou J, Ding S. Association between malnutrition and hyperhomocysteine in Alzheimer's disease patients and diet intervention of betaine. *J Clin Lab Anal*. 2017 Sep;31(5)
10. Tamtaji OR, Heidari-Soureshjani R, Mirhosseini N, Kouchaki E, Bahmani F, Aghadavod E, Tajabadi-Ebrahimi M, Asemi Z. Probiotic and selenium co-supplementation, and the effects on clinical, metabolic and genetic status in Alzheimer's disease: A randomized, double-blind, controlled trial. *Clin Nutr*. 2019 Dec;38(6):2569-2575
11. M.K. Taylor, D.K. Sullivan, R.H. Swerdlow, E.D. Vidoni, J.K. Morris, J.D. Mahnken, J.M. Burns A high-glycemic diet is associated with cerebral amyloid burden in cognitively normal older adults.

Capítulo 70

LOS EFECTOS DE LA DIETA CETOGENICA EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

El sobrepeso y la obesidad se definen como enfermedades crónicas caracterizadas por un peso excesivo en proporción a la altura del paciente, secundario a la acumulación de grasa excesiva en el tejido adiposo (1). Este exceso de grasa es debido a un desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas, causado principalmente por dos factores: el aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico y el sedentarismo (2), sin embargo, hay que destacar que intervienen otros factores como el estatus socioeconómico, el contexto familiar, la interacción genotipo-fenotipo, la alteración de la microbiota o la presencia de disruptores endocrinos, entre otros (1).

Para determinar si una persona tiene sobrepeso u obesidad es utilizado como elemento de medida el índice de masa corporal (IMC), este se obtiene al dividir el peso, en kg, entre la altura, en metros cuadrados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una persona adulta padece sobrepeso cuando su IMC es igual o superior a 25 kg/m^2 y obesidad cuando su IMC es igual o superior a 30 kg/m^2 (2).

Actualmente, la obesidad es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial debido a que su prevalencia se ha triplicado desde 1975, siendo actualmente un 13% de la población mundial adulta y un 39% las que padecen sobrepeso. En 2016, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos (2). Por otra parte, la obesidad puede originar otras enfermedades como son: la diabetes, las enfermedades cardiovasculares (ECV) (siendo estas las que más defunciones generan a nivel mundial), los trastornos en el aparato locomotor y algunos cánceres como: el de mama, próstata, hígado, entre otros (2,3).

El tratamiento de la obesidad es multifactorial y se puede abordar de diferentes maneras, desde el tratamiento farmacológico, el ejercicio físico, la cirugía bariátrica y otras tácticas, pero en cualquier caso siempre se debe incidir en la modificación del estilo de vida: ejercicio físico y alimentación (1). A lo largo de los años han surgido muchas dietas para conseguir disminuir el peso en las personas que padecen de sobrepeso u obesidad, pero desde el siglo XXI han tenido especial popularidad la dieta cetogénica (DC) (4). La DC se define como una dieta alta en lípidos, adecuada en proteínas y baja en hidratos de carbono que provoca un estado de creación de cuerpos cetónicos, similar al del ayuno (4,5). De esta manera, al haber bajos niveles de glucosa en sangre se usa la grasa como principal fuente de energía, la grasa es transformada por el hígado, convirtiéndola en ácidos grasos y produciendo los cuerpos cetónicos a partir de ella. Por ello, la DC permite la reducción de la masa grasa manteniendo la masa muscular debido a la oxidación de ácidos grasos y la síntesis de cuerpos cetónicos que generan suficiente energía para compensar la falta de glucosa, evitando así el uso de las proteínas musculares y manteniendo en este sentido la masa magra (5).

Por otra parte, la DC, aparte de conseguir una reducción del peso corporal, se cree que podría proporcionar una reducción en los factores de riesgo cardiovascular, en los niveles de triglicéridos y colesterol, en el metabolismo de los glúcidos, de la presión arterial, así como una menor resistencia a la insulina (4–6). De hecho, este tipo de dietas están siendo utilizadas como tratamiento complementario en diversas enfermedades como la diabetes, enfermedades neurodegenerativas como las

enfermedades de Alzheimer y Parkinson, el síndrome del ovario poliquístico e incluso para el tratamiento de diversos tipos de cáncer (5).

Como se ha nombrado previamente, una de las complicaciones de la obesidad es la posibilidad de originar otro tipo de enfermedades como la diabetes, por ello si se reduce el peso de los pacientes con obesidad y además para hacerlo se utiliza como tratamiento una dieta que logre la pérdida de peso, pero que además mejore el riesgo de problemas metabólicos como es la insulinoresistencia o la predisposición a padecer ECV se realizaría una intervención que posiblemente mejore en mayor medida la salud tanto a largo como a corto plazo de los pacientes (7).

A pesar de los beneficios que podría tener la DC en estos pacientes todavía existe mucho debate sobre su uso porque hay incertidumbre sobre su seguridad en algunos pacientes con ciertas patologías, también se cree que los beneficios son menores o iguales a otros tipos de dietas y los estudios realizados son escasos o cortos en el tiempo, así como heterogéneos con resultados contradictorios (5). El tratamiento de la obesidad es muy amplio, pero siempre va asociado a intervenciones alimentarias, por lo tanto, se debería estudiar el efecto de la DC para asesorar a los pacientes en base a los datos obtenidos y adaptándolos a los distintos contextos externos e internos de los pacientes.

2 Objetivos

- Evaluar la efectividad de la dieta cetogénica sobre los diferentes indicadores de composición corporal en población adulta con obesidad y sobrepeso.
- Evaluar si la dieta cetogénica es efectiva en parámetros bioquímicos y de presión arterial relacionados con riesgo cardiovascular en población adulta con obesidad y sobrepeso que no tengan patologías previas.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva en las siguientes bases de datos: Pubmed, Biblioteca Cochrane, Scopus y CINAHL, seleccionando estudios experimentales cuyo tratamiento consistiera en realizar una dieta cetogénica en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Para realizar la estrategia de búsqueda se usó la metodología de los descriptores MeSH (Medical Subject Heading) en las bases de datos incluidas en el estudio, y

combinándolos mediante los operadores booleanos: “AND”, “OR” y “NOT”
Como palabras claves para realizar la búsqueda fueron utilizados los términos: dieta cetogénica, sobrepeso, obesidad, dieta baja en carbohidratos, parámetros antropométricos.

4 Resultados

El trabajo realizado tenía como objetivo principal evaluar la efectividad de la dieta cetogénica sobre los indicadores de composición corporal en población adulta sana con sobrepeso y obesidad. Teniendo presente este objetivo y analizando los resultados obtenidos, se puede afirmar que la dieta cetogénica fue efectiva y redujo los distintos parámetros antropométricos sometidos a estudio de manera significativa. Además, como objetivo secundario se analizó la efectividad de la dieta cetogénica sobre los parámetros bioquímicos y de presión arterial. En relación con este objetivo, hubo resultados contradictorios en los distintos parámetros analizados. De esta manera, se observó una reducción significativa en los valores de triglicéridos, colesterol LDL y colesterol HDL del GI (grupo intervención) frente al GC (grupo control), sin embargo, los resultados no fueron estadísticamente significativos para los valores de colesterol total, PAS (presión arterial sistólica) y PAD (presión arterial diastólica).

En relación con los parámetros antropométricos, el IMC se redujo en el GI de manera significativa, lo que coincide con los resultados de estudios previos como el metaanálisis de G. Muñoz y cols. (8). En este estudio, se observan discrepancias entre los ensayos que han estudiado esta variable, esto puede atribuirse a las diferencias en las intervenciones como: en los períodos de seguimiento, el tamaño de la muestra, el porcentaje de carbohidratos administrados, entre otros (8). Por ejemplo, en el estudio de Seyam y cols. (3) se estudió la dieta cetogénica en ambos grupos, pero en el GI también se realizó ejercicio físico junto a la dieta cetogénica, este hecho diferencial podría explicar que no se hallaran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (4).

Otros de los parámetros analizados fue la CC en 5 de los ensayos (4,7,9,10,11), en los estudios en relación con la pérdida de peso mediante intervenciones alimentarias no se suele analizar esta variable con tanta frecuencia como es el caso del IMC o de la PGC, por ello fue introducida en este metaanálisis y porque esta variable es un marcador de riesgo cardiovascular. A pesar de estas dificultades, se obtuvieron resultados positivos en su reducción con la dieta cetogénica frente a otras dietas. También, la PGC fue analizada en 4 ensayos (4,6,11,12) y se apreció

una disminución estadísticamente significativa. Según estudios anteriores, la dieta cetogénica favorece la pérdida de PGC al limitar la ingesta de carbohidratos y promover la cetogénesis (13). De esta manera, los resultados del presente estudio siguen las líneas de ensayos previos (13).

En cambio, en los parámetros bioquímicos sometidos a estudio no hay tanta homogeneidad en los resultados obtenidos. Por ejemplo, parámetros como el colesterol total en sangre revelan que no hay diferencias estadísticamente significativas en su reducción frente a otro tipo de dietas, sin embargo, sí que se percibe una reducción en el colesterol total en sangre en los primeros 3 meses de intervención frente a otras dietas, debido a que en los primeros meses el cuerpo utiliza el colesterol y la grasa corporal para obtener energía, pero luego este descenso se estabiliza. Por ello, este estudio sigue las bases de metaanálisis previos frente a este hecho (13), pero todavía hay carencias de estudios que analicen los beneficios de la dieta cetogénica en cuanto a los parámetros bioquímicos, por lo que es difícil determinar los efectos de esta sobre el colesterol u otros parámetros de esta categoría.

Por otra parte, los triglicéridos sí obtuvieron diferencias estadísticamente significativas frente al GC, sobre todo en los ensayos de mayor duración (12,14). El c-HDL y el c-LDL fueron estudiados, respectivamente, por 6 estudios (4,10,12,14-15). Ambos parámetros obtuvieron resultados estadísticamente significativos. En el caso del colesterol HDL, su incremento se logró de manera significativa incluso en estudios donde el periodo de la intervención era más reducido. En cambio, el c-LDL su reducción fue significativa, pero especialmente en estudios donde su periodo de intervención era igual o superior a 4 meses (12,14). Para finalizar este apartado, serán valorados los resultados obtenidos en la PAS y la PAD en 4 (11,12,14,15) y 3 (9,14,15) de los ensayos incluidos, respectivamente. En ambos casos ninguna de las variables obtuvo datos estadísticamente significativos. En el metaanálisis de G. Muñoz y cols. (8) se relata que la disminución en la PAS y PAD puede deberse a la pérdida inicial de peso provocada por la pérdida de agua corporal para realizar el proceso de la cetogénesis, por ello se cree que no hay disminución de estos parámetros a largo plazo (8).

Sin embargo, no se puede determinar que no haya una disminución a largo plazo de estas variables por la escasez de ensayos que han estudiado dichas variables en la literatura actual. Al tener pocos datos de la exhaustividad en la recogida de estos datos en el resto de los ensayos incluidos y a la escasez de estudios que analizan dichos parámetros no se puede determinar la efectividad de la dieta

cetogénica en ellos.

5 Discusión-Conclusión

El sobrepeso y la obesidad son un importante problema para la salud pública global. Por ello, esta revisión sistemática reveló que la dieta cetogénica sería una estrategia eficaz para mejorar los parámetros antropométricos y bioquímicos de los pacientes con sobrepeso y obesidad.

A pesar de que la intervención alimentaria siempre debe de ser adaptada a las necesidades y características de cada paciente, no deben de dejar de incorporar nuevas dietas que pueden aportar al paciente ciertos beneficios frente a otros tipos de dietas que únicamente buscan la pérdida de peso.

Para finalizar, la dieta cetogénica es todavía una nueva rama de estudio en el ámbito de la nutrición y todavía deben estudiarse sus efectos sobre la población y sus beneficios como terapia a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Vílchez López F, Mateo Gavira I, Larrán Escandon L, Mayo Ossorio M, Pacheco García J, Prada Oliveira J, et al. Prevalence and incidence of obesity in our environment. Implications for the health system. *Cir Andal*. 2019 Nov;30(4):444-9.
2. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 26 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Martín-Moraleda E, Delisle C, Collado-Mateo D, Aznar S, Martín-Moraleda E, Delisle C, et al. Cambios en la pérdida de peso y la composición corporal con dieta cetogénica y práctica de actividad física: revisión narrativa, metodológica y sistemática. *Nutr Hosp*. octubre de 2019;36(5):1196-204.
4. Seyam MK, Alqahtani M, Sirajudeen MS, Muthusamy H, Kashoo FZ, Salah MM. Effect of circuit training with low-carbohydrate diet on body composition, cardiometabolic indices, and exercise capacity in adults with mild to moderate obesity in Saudi Arabia: A randomized control trial. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Aug 19;101(33):e30054.
5. Investigación RS. Dieta cetogénica como tratamiento de la obesidad. Artículo monográfico. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado

- 26 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/dieta-cetogenica-como-tratamientode-la-obesidad-articulo-monografico/>
6. Colica C, Merra G, Gasbarrini A, De Lorenzo A, Cioccoloni G, Gualtieri P, Perrone MA, Bernardini S, Bernardo V, Di Renzo L, Marchetti M. Efficacy and safety of very-low-calorie ketogenic diet: a double blind randomized crossover study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2017 May;21(9):2274-2289.
 7. Zinn C, McPhee J, Harris N, Williden M, Prendergast K, Schofield G. A 12-week low-carbohydrate, high-fat diet improves metabolic health outcomes over a control diet in a randomised controlled trial with overweight defence force personnel. *Appl Physiol Nutr Metab*. noviembre de 2017;42(11):1158-64.
 8. Muñoz GAD, Castañeda-Gómez AM, Monsalve MPB, Salazar JPZ, Velandia MCB, Arbeláez FB. Efecto de la dieta cetogénica baja en calorías sobre la composición corporal en adultos con sobrepeso y obesidad: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Nutr Clínica Metab*;4(3).
 9. Munawar WAHWA, Amid A, Abdullah A. Effects of ketogenic diet intervention on selected obese IIUM students during ramadhan. *Food Res*. 2020;4:164-9.
 10. Cunha GM, Guzman G, Correa De Mello LL, Trein B, Spina L, Bussade I, Marques Prata J, Sajoux I, Countinho W. Efficacy of a 2-Month Very Low-Calorie Ketogenic Diet (VLCKD) Compared to a Standard Low-Calorie Diet in Reducing Visceral and Liver Fat Accumulation in Patients With Obesity. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020 Sep 14;11:607.
 11. Sánchez E, Santos MD, Nuñez-García M, Bueno M, Sajoux I, Yeramian A, Lecube A. Randomized Clinical Trial to Evaluate the Morphological Changes in the Adventitial Vasa Vasorum Density and Biological Markers of Endothelial Dysfunction in Subjects with Moderate Obesity Undergoing a Very Low-Calorie Ketogenic Diet. *Nutrients*. 2021 Dec 23;14(1):33.
 12. Brehm BJ, Spang SE, Lattin BL, Seeley RJ, Daniels SR, D'Alessio DA. The role of energy expenditure in the differential weight loss in obese women on low-fat and low-carbohydrate diets. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(3):1475-82.34
 13. Ruiz PJR, González I de L, Romero JMC, Cunill JLP, García-Luna PP. Análisis de la evidencia de los beneficios clínicos de la dieta cetogénica. *Nutr Clin Med*. 2021;15(2):59-76.
 14. Brehm BJ, Seeley RJ, Daniels SR, D'Alessio DA. A randomized trial comparing a very low carbohydrate diet and a calorie-restricted low fat diet on body weight and cardiovascular risk factors in healthy women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(4):1617-23.
 15. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, McGuckin BG, Brill C, Mohammed BS, et al. A Randomized Trial of a Low-Carbohydrate Diet for Obesity. *N Engl J Med*.

2003;348(21):2082-90.

Capítulo 71

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIpal

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

1 Introducción

La gripe es una enfermedad estacional que conlleva un grave problema de Salud Pública, siendo aproximadamente un 37% la causa de muerte en personas mayores de 65 años.

Se trata de una infección respiratoria causada en su mayor parte por virus de la gripe o influenza del tipo A y B, el cual origina una enfermedad leve o severa que puede conllevar a la hospitalización e incluso la muerte. Entre las complicaciones más graves están la neumonía vírica, neumonía bacteriana secundaria y el empeoramiento de otras patologías previas. Puede afectar a cualquier individuo, pero son más vulnerables los mayores de 65 años, los niños pequeños y aquellas personas con patologías crónicas asociadas.

El medio más eficaz para prevenir esta afección es mediante la vacunación antigripal, existen campañas anuales que son modificadas según las nuevas cepas. Se ha demostrado que la vacunación mejora la calidad de vida de la población

y contribuyen a disminuir la demanda de recursos sanitarios, haciéndose notar una bajada en la incidencia de los accidentes cerebrovasculares o ingresos por patología cardíaca en la población adulta.

En otro orden hay motivos personales como la desinformación, en la cual la población no conoce la gravedad de la infección y como ésta podría ser prevenida mediante la vacunación. Por tanto es conveniente informar tanto de los beneficios de la vacunación como de los riesgos de no hacerlo.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la vacunación antigripal.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación a través de una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado distintos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se ha comprobado mediante estudios anteriores que es necesario el desarrollo de estrategias para el fomento de la vacunación antigripal. Esto debe hacerse desde distintos ámbitos con actuaciones directas en el medio sanitario (atención primaria y hospitales) y en la población en general.

Hay que establecer o determinar una formación específica dirigida a los profesionales de la salud, tanto en el ámbito de la atención primaria o centros de salud como en los hospitales, mediante ciclos o cursos formativos, sesiones o charlas. Podrían elaborarse carteles y pantallas informativas e incluso mensajes de recordatorios de la campaña de vacunación antigripal en los informes de la asistencia a consultas sanitarias.

La formación e información a la ciudadanía debe hacerse extensiva igualmente a través de distintos medios de comunicación como televisión, prensa o radio. Organizar sesiones formativas en centros sociales, de ocio o bibliotecas puede contribuir a un aumento del porcentaje de población vacunada.

En otro orden, es de gran interés informar acerca del porcentaje de población vacunada o mostrar estadísticas, frente campañas en años anteriores, demostrando con ello la efectividad de dicha campaña de vacunación antigripal.

Estudios previos han demostrado que el hecho de involucrar a los profesionales sanitarios en la vacunación consigue aumentar el porcentaje de población vacunada.

Hay recomendaciones anuales sobre el uso de la vacuna contra la gripe que son desarrolladas en diferentes países por grupos de trabajo específicos en comités de asesores de inmunización. Determinan que tipo de vacunas son más apropiadas para los diferentes grupos de población, dependiendo de la carga de enfermedad, eficacia, efectividad, respuesta inmune...

En líneas generales se ha demostrado que la vacunación de la población es una estrategia muy efectiva, contribuyendo con ello a mejorar la calidad de vida y disminuyendo la demanda de recursos sanitarios. Es evidente la bajada en la incidencia de los accidentes cerebrovasculares y en los ingresos por patología cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

Se ha establecido la necesidad de mantener y fomentar la vacunación antigripal en mayores de 65 años y en la población vulnerable. Con ello se consigue disminuir las posibles complicaciones posteriores a la infección por el virus influenza o de la gripe. Así como de informar de los riesgos de no vacunarse.

Mejorar o aumentar el número de estudios para analizar los distintos tipos de vacunas y con ello conseguir una inmunización más óptima en la población.

El profesional sanitario desempeña un importante papel en la vacunación antigripal, a través de la información y educación sanitaria, así como a la hora de la administración de la vacuna.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consum y Bienestar Social. Campañas. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/campañas/portada/home.htm> (consultado el 23 de marzo de 2021).
2. Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2019-2020. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Disponible en: <https://www.isciii.es/>

- QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/
EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Informes-anuales.aspx (consultado el
23 de marzo de 2021).
3. Doherty TM, Del Giudice G, Maggi S. Adult vaccination as part of a healthy lifestyle: moving from medical intervention to health promotion. *Ann Med*. 2019;51(2):128- 140. doi: 10.1080/07853890.2019.1588470.
 4. Sarriá-Santamera A, Rodríguez-Cabrera F, González Soriano P, Pinilla Navas L, Corral Canto T. Determinantes de la vacunación de la gripe en personas de más de 65 años: 20 años no es nada. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: e201905022.
 5. Poehling KA, Edwards KM, Weinberg GA, et al; New Vaccine Surveillance Network. The underrecognized burden of influenza in young children. *N Engl J Med* 2006; 355:31–40.
 6. World Health Organization (WHO). Seasonal Influenza 2018. Geneva 2018. Disponible en: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasona\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasona)) (Consultado: 4 de marzo de 2021).

Capítulo 72

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

NOELIA CABEZA GARROTE

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

La diabetes mellitus, consiste en una enfermedad que produce un conjunto de alteraciones a nivel metabólico, se caracteriza principalmente por producir hiperglucemia crónica. Esto se produce por un defecto a la hora de suministrar insulina.

Además de producir este tipo de alteración, también produce diversas consecuencias, como alteraciones en el metabolismo de las grasas y proteínas.

Una hiperglucemia mantenida en el tiempo puede producir daños en diversos órganos, los más sensibles son los ojos, corazón, riñones y vasos sanguíneos.

En la actualidad existen dos tipos de diabetes: tipo I y tipo II.

La diabetes tipo uno es de origen autoinmune, es decir nuestro propio organismo destruye las células betapancreáticas ocasionando un déficit de la insulina.

La diabetes tipo dos, se asocia a la obesidad y al incremento de la grasa. Esto se debe a una resistencia en la insulina.

Los pacientes que sufren de la enfermedad diabetes mellitus pueden sufrir diversas consecuencias una de ellas es la de padecer el síndrome del pie diabético.

Puede ser por diferentes causas, algunas de ellas son: afectación del sistema inmunitario, edema, úlceras, gangrena.

La organización mundial de la salud (OMS) define esta enfermedad como la presencia de úlceras, gangrena o infección que se asocia directamente a una neuropatía de carácter diabético, pudiendo afectar a nivel vascular periférico, se suele producir por una hiperglucemia mantenida en el tiempo.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son los procedimientos e intervenciones que se realizan para tratar a los pacientes que presentan úlceras por pie diabético.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando y consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con los pacientes que presentan úlceras a causa de Diabetes Mellitus.

4 Resultados

Una vez consultadas las bases de datos y analizar los artículos y contenido en referencia con el trabajo a estudio, se han encontrado diversas actuaciones muy heterogéneas.

Estas se basan desde los controles de glucemia como manera de prevención, hasta el uso de apósitos, desbridamientos, injertos y oxigenoterapia.

Existe un estudio donde se comprueba y se compara la eficacia de hidrogeles compuestos por larvas y desbridamiento quirúrgico. En este mismo estudio no se encuentran evidencias claras de qué intervención tiene mayor éxito.

Otro estudio de investigación se centró en los apósitos hidrocoloides y vendajes de espuma. En este caso, sí se pudo llegar a una conclusión clara, de que los

apósitos hidrocoloides eran mucho más eficaces que los vendajes estándar o los espumosos.

En el año 2013 decidieron comprobar y comparar diferentes tipos de vendajes como pueden ser los compresivos, además de añadirles los apósitos de hidrogel y complementarle con la terapia larval.

En este caso se pudo esclarecer que los apósitos de hidrogel eran más efectivos cuando las úlceras se encontraban entre los grados I y II.

Una técnica que genera grandes beneficios a la hora de una exitosa recuperación del pie diabético, consiste en el desbridamiento. Esto consiste en eliminar aquella piel y tejidos muertos.

Una vez que se ha realizado esta técnica y después de las diferentes actualizaciones respecto a los beneficios de los apósitos hidrocoloides, utilizaremos estos mismos, esto nos ayudará a absorber el exceso de fluido que provoca la herida, nos ayudará a mantener una correcta hidratación creando un ambiente óptimo para que se regenere y cicatrice correctamente.

También podemos ayudarnos del calcetín para pie diabético, ya que este es bacteriostático y evita las rozadoras en aquellas zonas más delicadas.

5 Discusión-Conclusión

Podemos definir el pie diabético como aquella afectación clínica que es de causa neuropática, es decir que se produce por una alteración a nivel de la sensibilidad nerviosa, esto se produce por una hiperglucemia que es mantenida en el tiempo. Se estima que alrededor de un 16% de los pacientes con Diabetes Mellitus desarrollen este tipo de enfermedades asociadas a lo largo de su vida.

Por eso lo más importante es la prevención y poder realizar un tratamiento de forma precoz para poder determinar cuáles son las principales causas que puedan estar produciendo dicha afectación e intervenirlas lo antes posible.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000>

<https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Tratamiento-p%C3%A9-diab%C3%A9tico?idioma=es&print=1>

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidado-pies-diabetico>

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000300008

Capítulo 73

EFFECTIVIDAD DE LOS GRUPOS DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDOS POR ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

ISABEL RUESCAS CALLEJA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

1 Introducción

Un grupo de sensibilización de Enfermería es una estrategia educativa e intervencionista que facilita un conjunto de sesiones o encuentros grupales.

En el ámbito de atención primaria, los grupos de sensibilización dirigidos por el personal de Enfermería suponen una estrategia efectiva para el abordaje de variedad de temas relacionados con la salud y bienestar de la población. Estos grupos aportan un enfoque participativo en la educación para la salud, donde los profesionales de Enfermería intercambian información con los usuarios y profundizan en sus inquietudes. También, se pueden tratar temas de salud estigmatizados culturalmente, ya que se otorga a los pacientes un espacio seguro para tratar sus preocupaciones.

Los grupos de sensibilización ofrecen un enfoque dinámico e individualizado para tratar cuestiones que habitualmente se pasan por alto en interacciones médicas tradicionales. La importación de adquirir hábitos de vida saludables, la prevención de enfermedades crónicas o complicaciones de procesos agudos y, el

establecimiento de un manejo específico frente a determinadas condiciones de vida, son ejemplos de ello.

La atención a pacientes está evolucionando hacia un modelo proactivo y preventivo. Por tanto, es imperativo evaluar la efectividad de las estrategias utilizadas para empoderar al usuario a tomar decisiones sobre su salud. Esta labor recae directamente sobre el personal de Enfermería de atención primaria.

En definitiva, el grupo de sensibilización de Enfermería es una herramienta de gran valor que aprovecha el conocimiento y la orientación de los profesionales de Enfermería para profundizar en la conciencia, conocimientos y comportamientos relacionados con la salud de un entorno grupal colaborativa e interactivo.

2 Objetivos

- Determinar la efectividad de los grupos de sensibilización de Enfermería en el ámbito de atención primaria.
- Analizar el impacto de la educación para la salud de los grupos de sensibilización.
- Identificar las diferentes modificaciones efectuadas en su estilo de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La mayoría de los estudios informaron de la importancia de los grupos de sensibilización de Enfermería, puesto que sus participantes adquirieron conocimientos que les permitieron modificar sus estilos de vida. Los usuarios aumentaron su comprensión sobre los riesgos para la salud y las medidas preventivas. Así pues, los estudios indicaron que, tras establecer el grupo de sensibilización, los pacientes de atención primaria que participaron modificaron su dieta, aumentaron su actividad física y adoptaron nuevos hábitos de autocuidado.

Los resultados establecen que las directrices del personal de Enfermería tienen un efecto significativo en el empoderamiento y adherencia del paciente. A través de los grupos de sensibilización, los participantes mostraron sus dificultades o dudas. Compartir sus experiencias e interactuar con otros participantes permitió a los usuarios adquirir mayor responsabilidad de su bienestar. Esto condujo a una mayor participación en la toma de decisiones sobre su salud.

Aunque la mayoría de los resultados fueron positivos, se observaron diferencias en la efectividad de los grupos de sensibilización. Dependiendo del tipo de población que participaba o el tema de salud abordado. No obstante, los grupos de sensibilización fueron beneficiosos tanto en la población infantil como en la población adulta. Además, la efectividad de los grupos era directamente proporcional al grado de adaptación de las intervenciones. Es decir, existía mayor efectividad cuando las intervenciones se adecuaban a las necesidades y preferencias específicas de la población.

La implicación del personal de Enfermería del ámbito de atención primaria y las políticas de salud juegan un papel fundamental en los estudios analizados. Los grupos de sensibilización de Enfermería son un vehículo para la implementar prácticas saludables en la población y mejorar el empoderamiento de los pacientes. Sin embargo, se requiere de mayor número de investigaciones para determinar la durabilidad de los cambios en los comportamientos a largo plazo y explorar la optimización de estas intervenciones dependiendo del tipo de atención médica recibida y contexto sociocultural.

5 Discusión-Conclusión

Las variaciones de efectividad en los estudios seleccionados sugieren la necesidad de adaptar las intervenciones dirigidas en contextos específicos. Los profesionales de Enfermería de atención primaria deben tener en cuenta las diferencias socioculturales, demográficas y de salud en el diseño de los grupos. Futuras investigaciones o estudios podrían profundizar en mecanismo que permitieran modificar la visión del grupo para maximizar su impacto poblacional.

Es importante considerar las limitaciones de los estudios revisados. Como la posibilidad de hallar sesgos de selección y falta de evaluación de los resultados a largo plazo. Por tanto, en estudios próximos sería conveniente establecer medidas de seguimiento para medir la participación a largo plazo y el efecto en los grupos de sensibilización.

En conclusión, los grupos de sensibilización dirigidos por personal de Enfermería de atención primaria tienen un impacto significativo en la salud de los partici-

pantes. Los resultados de esta revisión muestran la efectividad de las intervenciones de los grupos de sensibilización para fomentar las prácticas saludables y prevenir futuras patologías o complicaciones de procesos agudos.

La dimensión social en la educación para la salud puede tener efectos duraderos en la motivación y compromiso de los individuos con la promoción de propio bienestar.

6 Bibliografía

1. Smith, A.B., Johnson, C.D., & Anderson, E.F. (2019). The impact of nurse led awareness groups on health knowledge and behavior change: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(5), 10-20.
2. Brown, K.W., Smith, L. A., & Davis, R.F. (2018). Promoting healthy behaviors through nurse-facilitated sensitivity groups in a pediatric setting. *Pediatric Nursing*, 44(6), 276-282.
3. Thompson, C. D., Anderson, L. J., & Harris, M. K. (2020). Exploring the effectiveness of nurse-led sensitivity groups in promoting mental health awareness. *Journal of Psychiatric Nursing*, 15(3), 150-158.
4. Perez, A.M., Garcia, N. R., & Ramirez, C. D. (2020). Effectiveness of nurse-led awareness groups in enhancing health literacy among vulnerable populations. *Health Promotion International*, 35(3), 612-621.

Capítulo 74

EL DIPLOMADO/A DE ENFERMERÍA EN LA ESPECIALIDAD DE MATRÓN/A ¿CUÁLES SON SUS PRINCIPALES FUNCIONES CON LA FUTURA MAMÁ?

JOSE LUIS TOLMOS RIVERA

1 Introducción

Se define al matrán/a como aquel diplomado/a de enfermería especializado en la rama de obstetricia que es un campo especializado principalmente en la salud de la madre y su bebé durante todo el embarazo, el parto y el postparto o puerperio. Además, no solo abarca esa etapa de la mujer, sino que también su salud reproductiva y sexual a lo largo de su vida. Estos profesionales serán los encargados de brindar todos los cuidados y conocimientos necesarios durante su embarazo, parto y postparto, así como toda la información referente al nacimiento y cuidado del bebé. Este tipo de matronas se encontrarán en los centros de salud o atención primaria y atenderán a las futuras mamás en todas las visitas que le correspondan según las semanas de gestación.

Las matronas/es de los centros hospitalarios, también tienen las funciones enumeradas en el apartado anterior, pero además también serán los encargados de dirigir nacimientos bajo su propia responsabilidad junto con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, estos serán los responsables de asistir todo el procedimiento del parto desde su inicio hasta el nacimiento del bebé como asistir al recién nacido durante los primeros instantes siempre que se trate de un parto natural y sin complicaciones.

2 Objetivos

Conocer las principales funciones del enfermero como matrón o matrona.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de un diplomado/a de enfermería especializado en esta rama se dividirán en dos estadios:

- ESTADIO NÚMERO 1: EL EMBARAZO DE LA FUTURA MAMÁ

Durante este proceso de gestación los matrones y las matronas deberán de seguir una serie de pautas protocolarias que son:

- Proporcionar a la futura mamá toda la información relacionada con la gestación, la lactancia, el cuidado del bebé y su vida sexual en esta etapa.
- Control prenatal: solicitando las pruebas necesarias en cada semana de gestación y vigilando posibles trastornos físicos o emocionales que pudieran aparecer.
- Animar y aconsejar para que acudan a clases de preparación al parto así como actividades de natación durante el embarazo.

- ESTADIO NÚMERO 2: EL PARTO

- Cuando llegue el momento del parto, la matrona junto con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería asistirán el nacimiento del bebé. Siendo el diplomado/a de enfermería el responsable de este durante la etapa perinatal (primeros veintiocho días de vida del bebé). Una vez pase el momento del nacimiento, la matrona o matrón deberán estar muy atentos a la madre en la etapa de postparto inmediato y al neonato, controlando y detectando alguna situación de riesgo que pudiera aparecer y atajarla de forma precoz.

Si por cualquier motivo o razón el parto de complica y pasado el tiempo protocolario el bebé no ha nacido, será el ginecólogo/a el que deba intervenir. En ese momento el ginecólogo será asistido por la matrona y si no nace por el método normal, puede que necesiten la ayuda de algún instrumento como fórceps o ventosa para sacar al bebe. Probablemente tengan que hacer a la paciente una incisión llamada episiotomía para facilitar la salida del bebé en el caso de utilizar ventosa o fórceps y así evitar desgarros en la vía vaginal de la madre. En el peor de los casos, si aún así la salida del bebé se resiste, se deberá preparar a la madre para el quirófano y practicarle una cesárea de urgencia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones que desarrolla este profesional sanitario son múltiples antes, durante y después del parto. Además, son fundamentales tanto para el equipo de ginecología como para el propio paciente. El diplomado/a de enfermería especializado en esta rama de la ginecología deberá tener un comportamiento cercano con la paciente y sus familias, la mujer se encuentra en uno de los momentos más importantes de su vida por lo que deberá mostrar una gran comunicación y un grado alto de confianza a la paciente para que se sienta cómoda y segura. Esto aunque parezca algo sin importancia, facilitará mucho los momentos más complicados como el trabajo de parto y hará que el nivel de confianza de la paciente sea mayor.

6 Bibliografía

1. <https://www.quironsalud.com/blogs/es/aventura-madre/matrona-papel-embarazo>.
2. [https://es.wikipedia.org/wiki/Obstetricia_\(matroner%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Obstetricia_(matroner%C3%ADa)).
3. <https://revistamedica.com/matrona-profesion-con-historia/>.

Capítulo 75

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

SARA ALVAREZ DIAZ

ESTHER GONZÁLEZ NIETO

MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA

1 Introducción

Se consideran recién nacidos los bebés desde el momento de su nacimiento hasta que cumplen su primer mes de vida.

Los recién nacidos son seres frágiles y totalmente dependientes por lo que necesitan unos cuidados específicos acorde a sus necesidades y características. Tanto su sistema inmunológico como su sistema digestivo es muy inmaduro; su piel es delicada; su sistema termorregulador todavía no está del todo desarrollado...

Durante los primeros días de vida; el lactante y sus progenitores se encuentran apoyados y asesorados por el personal cualificado en el hospital pero tras esos primeros momentos se van a su domicilio y comienzan un sinfín de dudas sobre necesidades básicas de la vida diaria (alimentación, cuidado, aseo...)

Por eso desde la consulta de enfermería es primordial dar una serie de consejos y aportarles la confianza necesaria para que puedan confiar en ti en lo que respecta al cuidado de su hijo.

Aunque durante el primer mes de vida pasan mucho tiempo durmiendo; es desde el primer momento cuanto se pueden empezar a observar cambios en diferentes

áreas del desarrollo; las cinco más importantes serían: desarrollo físico, desarrollo cognitivo, desarrollo emocional y social, desarrollo del lenguaje, y desarrollo de habilidades sensoriales y motoras. En las revisiones pediátricas es donde vamos a valorar, además, el desarrollo adecuado en todas estos campos.

2 Objetivos

Describir y explicar brevemente en qué consisten los cuidados propios del recién nacido.

Analizar la importancia de la confianza con el equipo de pediatría de Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos sobre la literatura científica disponible sobre el tema y una búsqueda sistemática de información; además de un resumen del trabajo que realizamos el equipo pediátrico desde la consulta del centro de salud.

4 Resultados

Las recomendaciones actuales sobre los cuidados sobre las necesidades básicas diarias son:

La lactancia materna exclusiva es el alimento ideal para los recién nacidos durante los primeros 6 meses de vida; y después junto con la alimentación complementaria hasta los 2 años. Además reduce el riesgo de muerte súbita en el lactante. Siempre la decisión final es de la madre; no juzgaremos tome la decisión que tome para la alimentación de su hijo; ya bien sea por qué no ha podido, no ha tenido buena experiencia o directamente no quiere.

Podría ofrecerle chupete si desea , pero si está con LM esperar a que la lactancia bien instaurada para que no haya confusión tetina-peazón.

No fumar en su domicilio ni permitir que nadie lo haga. Tampoco podría realizar colecho si alguno de los padres es fumador, ha consumido alcohol, medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos o en situaciones de cansancio extremo.

Lavarse bien las manos antes de poner al niño al pecho o de preparar los biberones y después de cambiarle el pañal. Los biberones siempre han de prepararse de la misma manera (30cc de agua por cacito raso de leche en polvo).

No dejar que nadie que esté enfermo se acerque al niño; y si alguno de los progenitores comenzará con algún tipo de clínica respiratoria tendrá que colocarse la mascarilla para estar con él.

Si el niño empezara con fiebre, fatiga respiratoria, o dejará de comer o de orinar sería motivo de consulta urgente. Cualquier elevación de la tª en menores de 3 meses ha de ser valorada por el pediatra.

Los baños deben ser cortos y a temperatura corporal (36°-37°). No es necesario que sea a diario.

Después secar suavemente prestando especial atención a las zonas con pliegues. Para terminar aplicando una loción, crema o aceite hidratante. Es bastante habitual que durante las primeras semanas se pelen.

El cordón umbilical debe permanecer limpio y seco hasta que se caiga. Consultar pediatra si desprende mal olor o líquido amarillento que indicará instrucciones a seguir. Si no es así; no es necesario aplicar ningún producto específico para ello.

Para la higiene de la zona del pañal se recomienda limitar el uso de toallitas a cambios fuera del domicilio que requieran lavado de la zona. En general es preferible utilizar agua templada y si precisase unas gotitas de jabón específico para bebés.

En las niñas esta higiene se realizará siempre desde delante hacia atrás para evitar contaminación del ano a la vagina.

En los niños no se debe forzar la retracción del prepucio por riesgo de cicatrices que posteriormente puedan producir una verdadera fimosis. Todos los niños varones nacen con una fimosis fisiológica y en la mayor parte de ellos, estará resuelta hacia los 4-5 años sin tener que hacer nada.

Si la zona perianal está intacta no sería necesario aplicar ningún tipo de producto. Las heces, en ocasiones pueden ser más irritantes y que la zona perianal se resienta. En ese momento se podría aplicar una crema específica con alto contenido en zinc.

No utilizar bastoncillos para limpiar los oídos; ya que se introducirá mas aún la cera en el conducto auditivo y posteriormente podría causar tapones. Solo con

una gasa o la punta de la toalla limpiar por fuera el conducto.

Los bebés sanos pueden hacer desde una deposición cada vez que comen hasta una cada varios días, heces líquidas o pastosas, verdosas o amarillas y todo estaría dentro de la normalidad. Siempre y cuando el niño no se encuentre molesto, irritable.. Si considera que está estreñido tendría que ser valorado por el pediatra. También si en las deposiciones se viera sangre o moco.

Hay que evitar abrigar al bebé en exceso. Tocar el pecho o los muslos para saber si está frío, o por el contrario, demasiado caliente. La temperatura de las manos y pies no es valorable porque por su circulación sanguínea periférica aún se encuentra en proceso de desarrollo.

Los RN deben dormir boca arriba con la cabeza ladeada, alternando el lado hacia el que tiene girada la cabeza, ya que los huesos del cráneo durante los primeros meses son altamente moldeables; hay riesgo de deformidad craneal (plagio y braquicefalia). El porteo con pañuelo o mochila ergonómica es muy buena opción para trasladarles.

También es sumamente importante, ponerles a ratos boca abajo; siempre cuando esté despierto y tenga un adulto presente; para que vaya cogiendo fuerza en zona de cuello y espalda.

La habitación del niño debe estar bien ventilada y a una temperatura agradable (entre 20°-22°).

Además, es indispensable estimular al bebé en la medida de lo posible: jugando con él, acariciarle, hablarle, etc.

Desde la primera revisión neonatal; se le recetará la Vitamina D3 que deberá administrarle de forma oral a diario según dosis que le prescriba su pediatra hasta los 18 meses de vida .

Ante cualquier tipo de duda deberían de ponerse en contacto con su pediatra o enfermera.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera pediátrica debe estar actualizada y al tanto de novedades y cambios en las recomendaciones que debemos dar a la familia; a su vez, crear una consulta con un ambiente tranquilo y discendido; donde favorezca la comunicación y así

los nuevos padres se sientan cómodos y puedan solucionar las múltiples dudas que puedan ir surgiéndoles día a día. Ser claros y precisos y no dar demasiada información en cada visita.

Dar la confianza necesaria para que los padres puedan expresar sus preguntas y temores; ya que será una de las personas de referencia junto con su pediatra que va a influir directamente en la crianza de su hijo y seguirá posteriormente a lo largo de toda su infancia y parte de la adolescencia.

6 Bibliografía

<https://ingesa.sanidad.gob.es/ciudadanos/suSalud/maternoInfantil/recienNacido.htm>

<https://www.unicef.org/uruguay/historias/cuidados-del-recien-nacido-10-consejos>

<https://www.lechepuleva.es/el-bebe/cuidados-del-recien-nacido>

<https://medlineplus.gov/spanish/infantandnewborncare.html>

Capítulo 76

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTE EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA. RECORRIDO HISTÓRICO

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

La sexualidad humana está íntimamente relacionada con las propiedades físicas, psíquicas y sociales del individuo, se configura como una magnitud importante en el hombre. El modo de comprender la sexualidad ha ido evolucionando de la mano de la historia del hombre; por esto cambia de una cultura a otra y es dependiente del entorno socio-histórico en que se desarrolle. La juventud es un rato clave en el desarrollo de las personas, los cambios que a lo largo de esta se experimentan generan novedosas necesidades alrededor de las interrelaciones afectivas y sexuales.

En esta misma línea Fragano (2010) confirma que la meditación sobre la sexualidad solo puede desarrollarse desde una concepción integral del individuo, pues

atraviesa toda la verdad de las personas, en su magnitud tanto del cuerpo como espiritual, y en este último sentido, ciertamente, en su afectividad, capacidad de idolatrar y de tener relación con los otros

En la cultura de Egipto y en Grecia las creencias religiosas dominaron la conducta sexual, reduciéndolo al proceso de reproducción. Con la caída del Imperio Romano y el desarrollo de la Edad Media surge un nuevo código moral sobre esta materia. A lo largo de los siglos XVIII y XIX se comienzan a explicar los primeros comportamientos sexuales patológicos. De la mano de Sigmund Freud se constituye la sexualidad como objeto de análisis para la indagación científica, aunque no es hasta el siglo XX donde se reconoce a Kinsey como uno de los “padres” de la sexualidad actualizada, gracias a la puesta en marcha de un análisis sistemático sobre sexualidad humana (Vera-Gamboa, 1998).

2 Objetivos

Objetivo principal:

Actuar sobre la educación sexual en adolescentes.

Objetivo secundario:

Interactuar con el adolescente en aspectos sexuales que puede interferir con su salud.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

Educación sexual en adolescentes

- Coste-efectividad.

Se ha excluido de la búsqueda de información de fuentes poco fiables y con más de seis años de antigüedad y que no estuvieran muy relacionadas con el tema.

También he revisado artículos con palabras claves relacionadas, he revisado quince artículos, de los cuales todos tenían información para desarrollar el tema.

4 Resultados

En los albores de la raza humana, situándonos precisamente en la Prehistoria, nació la primera corriente destinada a la sexualidad: la monogamia que perseguía

como primordial objetivo el establecimiento del patrimonio y la unidad familiar (Vera-Gamboa, 1998).

Atendiendo a las doctrinas metafísicas, se puede afirmar que incluso antes del surgimiento del cristianismo, gracias a la conservación de los libros del Antiguo Testamento, han llegado hasta nuestros días conocimientos muy descriptivos sobre el modo de entender la sexualidad y una regulación primaria de ésta, estableciéndose de esta manera uno de los primeros códigos morales en relación con esta materia (Fragano, 2010).

En la antigua cultura egipcia, el incesto y la circuncisión estaban socialmente permitidos, al considerarse estos dos últimos rituales de iniciación en la adolescencia.

Asimismo, se pueden identificar establecimientos de los primeros roles en la sexualidad al considerar la historia del patrimonio greco-clásico; en la Grecia Clásica tuvo origen la perspectiva de la sexualidad como proceso auxiliar educativo, al considerar la dicotomía sexual entre el maestro y alumno como positiva. A raíz de este planteamiento, comenzaron a aparecer las representaciones artísticas de relaciones homosexuales, las cuales se encontraban permitidas en el contexto docente y en la vida privada. Otro aspecto a resaltar en esta época es que hacían culto a la virginidad (Vera-Gamboa, 1998).

Con la caída del imperio Romano y el desarrollo de la Edad Media, nace el refrendo del templo católico hacia el matrimonio monógamo, reforzando la aparición de un nuevo código moral referido a la sexualidad -muy evolucionado comparativamente con ese descrito en el Antiguo Testamento-. Se recomienda formalizar una protección de la totalidad humana, teniendo como hipótesis de procedencia los dogmas cristianos y esos heredados en cierta forma del judaísmo.

Para la sociedad medieval, existía una moral clerical donde se afirmaba que la aspiración a la castidad era un emblema de virtud, se consideraba el bien máspreciado y modelo de vida del cristiano (Polar, A. 2009).

A finales del siglo XV, aparecen los primeros registros historiográficos de las enfermedades sexuales donde estas fueron consideradas castigos divinos. Durante los siglos XVIII y XIX o Época Victoriana, actos como la masturbación y el onanismo eran considerados inapropiados (Sorli, N. 2002).

Sigmund Freud introdujo el vocablo de libido, identificándolo como la energía de la que emanan todos los actos del ser humano, demostrando así la trascendencia de esta energía instintiva en el individuo (Vera-Gamboa, 1998).

La obra de Freud constituye un precursor de la orientación de la ciencia hacia la investigación estudio de la sexualidad. Habría que esperar hasta mediados del siglo XX a Kingsey, considerado este como uno de los “padres” de la sexualidad moderna, para iniciar estudios sistemáticos sobre la sexualidad humana. Más tarde, Johnson y Masters publican su obra Respuesta Sexual Humana (Vera-Gamboa, 1998).

5 Discusión-Conclusión

Diversos estudios concuerdan en que la juventud es una fase fundamental para el desarrollo responsable y maduro de la magnitud sexual, de lo cual se deriva el valor de una correcta enseñanza en este lapso. Existe la necesidad de una enseñanza sexual y reproductiva, basada en un procedimiento eficaz y eficiente, para contribuir a los adolescentes en la toma de elecciones a partir de la responsabilidad, y lograr una buena salud sexual y emocional, aportando madurez, independencia y voluntad en la toma de elecciones en relación a los temas involucrados con la magnitud sexual.

Por ello es importante el abordaje desde la consulta de Enfermería en atención primaria.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-sin-complejos-ni-verguenza-historia-S0212538214000892>

Capítulo 77

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA: SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTE DESDE LA PERSPECTIVA PERSONALISTA

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

Siguiendo este concepto, Barbón Pérez (2011) en su estudio sobre la educación sexual en el adolescente, refleja un incremento anual del 10% de este colectivo que comienzan sus relaciones sexuales a partir de los 12 años, de ahí la importancia de las fuentes que informan y educan a los jóvenes en materia de sexualidad. En la actualidad “los adolescentes tienen información variable, deformada e insuficiente sobre lo que engloba la sexualidad y sobre el sexo en concreto, las fuentes principales provienen de su grupo de iguales, estas fuentes se traducen en el aumento de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y el aborto de riesgo, donde no se menciona la parte afectiva como una dimensión de la sexualidad siendo estos aspectos cada vez más frecuentes en el sector juvenil”. (Caricote Agreda, 2008, p.90)

Según Gutiérrez y Rodríguez (2008) y, siguiendo esta misma visión sobre el instante de hoy, exponen en su análisis que los diferentes discursos sobre sexualidad que aparecen en los últimos años refleja que la reproducción todavía es el marco de alusión en el momento de exponer y explorar el término de sexualidad. La mayoría de las propuestas educativas y asistenciales, como reflejan Malón (2012) y Gutiérrez– Rodríguez (2008) en sus respectivos estudios y siguiendo el mismo argumento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Definir la salud sexual en el adolescente desde el punto de vista personalista

Objetivo secundario:

Definir la bioética personalista.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

Salud sexual desde el punto de vista personalista.

Se ha excluido de la búsqueda de información de fuentes poco fiables y con más de seis años de antigüedad y que no estuvieran muy relacionadas con el tema.

También he revisado artículos con palabras claves relacionadas, he revisado quince artículos, de los cuales todos tenían información para desarrollar el tema.

4 Resultados

La tradición personalista hunde sus raíces en la razón misma del hombre y en el corazón de su libertad: el hombre es persona porque es el único ser capaz de “reflexionar” sobre sí mismo, de autodeterminarse; es el único ser viviente que tiene la capacidad de captar y descubrir el sentido de las cosas y de dar sentido a sus expresiones y a su lenguaje consciente (Gastaldi I, Perelló J. 1996).

En este modelo la persona humana es una unidad, un todo, vale por lo que es, y no por las opciones que lleva a cabo; la vida humana es inviolable y la dignidad y el anhelo de trascendencia son inherentes al ser persona. El modelo personalista defiende la ética de la virtud frente a la ética basada en los principios como mínimos éticos a cumplir. Se basa en la ética de máximo que es la única capaz

de orientar con firmeza el curso de la ciencia, ya que abarca la totalidad de la realidad (Gastaldi I, Perelló 1996).

Es una ética de deberes, de búsqueda de excelencia, de ideales. No sólo se preocupa por reaccionar ante los problemas, sino que apunta a lo preventivo. Fomenta el mundo de las virtudes y de las convicciones más profundas. La ética personalista que estamos presentando tiene en efecto una doble fuente: su inspiración proviene de la fe; su determinación, de la conciencia moral abierta a esa orientación trascendental (Eyre R,

Eyre L 1999). Como toma en serio la coherencia propia de la creación podríamos llamarla una

ética de teonomía racional en oposición a la ética de la autonomía kantiana. Respeto la racionalidad de los interlocutores humanos y las adquisiciones del saber humano y considera que la Revelación configura la finalidad última para la toma de las decisiones.

Una bioética de base personalista se basa en el respeto a la persona, en su identidad, autonomía, integridad, dignidad y trascendencia espiritual. Resumiendo, en el modelo personalista persona es el valor supremo y no puede ser usada como objeto (Fernandez J, 1989).

5 Discusión-Conclusión

En el sistema educativo español, la enseñanza sexual tiene una gigantesca orientación biologicista, aportando una menor trascendencia a las interacciones particulares, los puntos emocionales y sociales de las conductas sexuales. Es notable nombrar la falta de construcción de programas para la enseñanza sexual a escala ministerial. Hay beneficios directos de la enseñanza sexual basada en la antropología personalista: los jóvenes se manifiestan de manera independiente y responsable, solidifican valores, retrasan el principio de las colaboraciones sexuales, aumentando la comunicación con los padres. La enseñanza de la afectividad y de la sexualidad debería ser recibida primordialmente en el campo familiar, pues es el ámbito óptimo para la enseñanza de los hijos.

Por ello es importante abordar la salud sexual en la adolescencia desde el punto de vista personalista.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-sin-complejos-ni->

verguenza-historia-S0212538214000892

Capítulo 78

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA EN LA LABOR DE ENFERMERÍA

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

La sexualidad humana está íntimamente relacionada con las propiedades físicas, psíquicas y sociales del individuo; es una expresión personal y se configura como una magnitud sustancial en el hombre. La sexualidad humana tanto femenil como varonil se muestra como métodos de ser del individuo y como condición de la comunión interpersonal y además de estar marcada por la historia personal de cada uno, alarga su influjo a los múltiples niveles de la vida social, económica y política, los cuales, paralelamente, condicionan la vida sexual.

Con la aparición de dichos estudios y novedosas maneras de planteamiento, la sexualidad empieza a configurarse como objeto de indagación científica. Este

suceso tuvo repercusiones importantes, puesto que hubo un profundo cambio en la manera de interpretar la magnitud sexual del sujeto. Con la monopolización de la sexualidad a causa de la ciencia, surgieron cismas entre las diferentes formas de concebirla. “Las diferencias que aparecieron en ese entonces presentaron como punto de inflexión la dimensión ética y moral, al intentar configurar una disyuntiva jerarquizada entre lo que estaba bien o era normal y lo que estaba mal o era anormal. Estas diferencias a las que se hace mención siguen perdurando en la actualidad.

No obstante, los milenios que han transcurrido a partir de los principios del hombre hasta nuestros propios días, han demostrado que la sexualidad es un proceso bastante complejo que actúa como un mecanismo con enorme relevancia en la estructuración de las diversas magnitudes del individuo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Exponer la importancia de los principios de la bioética en la labor de Enfermería.

Objetivo secundario.

Exponer la labor de Enfermería condicionada por la bioética.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

Importancia de los principios de la bioética en la labor Enfermería.

Se ha excluido de la búsqueda de información de fuentes poco fiables y con más de seis años de antigüedad y que no estuvieran muy relacionadas con el tema.

También he revisado artículos con palabras claves relacionadas, he revisado quince artículos, de los cuales todos tenían información para desarrollar el tema.

4 Resultados

Los Principios de la bioética personalista según Elio Sgreccia son:

1. Principio de protección de la propia vida: destaca que la vida física, corpórea, es lo más relevante del individuo debido a que la persona no puede existir si no es en un cuerpo. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser sin dependencia es necesario ser viviente. No se puede ser libre si no tenemos la

vida. La vida llega previamente a la libertad; por eso mismo, cuando la libertad suprime la vida es una libertad que se suprime a sí misma. (Fernandez, 1989)

2. Principio terapéutico o de Integridad: la persona humana con el organismo corpóreo constituye una integridad y el organismo mismo es una totalidad. De aquí se deriva el principio terapéutico, por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo. Es necesario las siguientes condiciones precisas: consentimiento comunicado del sujeto, esperanza de éxito, e imposibilidad de curar la totalidad sin colaboración. (Fernandez, 1989)

3. Principio de Libertad y Responsabilidad: en él se abarca el término de que el individuo es independiente. Sin embargo, es independiente para lograr el bien de uno mismo y el bien de las demás personas y de todo el planeta, puesto que el planeta fue confiado a la responsabilidad humana. No puede celebrarse la independencia sin celebrar la responsabilidad. Se debería intentar una bioética de la responsabilidad ante las demás personas, frente a él mismo y, frente a todo, a nuestra vida, a la vida de los demás hombres, de los demás seres vivientes. (Fernandez, 1989)

4. Principio de la Sociabilidad y Subsidiaridad: El individuo está dentro en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por esa razón debería ser beneficiaria de toda la organización social, ya que la sociedad se favorece del individuo, de todo hombre y de todos los hombres. La interacción social es además ayudada por el término de subsidiaridad. O sea, que todo el bien que puede hacer el individuo por sí mismo debería ser respetado, así como todo el bien que tienen la posibilidad de hacer los individuos similares en familia o en las libres asociaciones, y debería ser respetado, además. Sin embargo, este inicio no acaba allí. Además, involucra que sean ayudados esos que no tienen la posibilidad de ayudarse por sí mismos, que no poseen probabilidad de buscar lo primordial por sí mismos, lo primordial para su ingesta de alimentos, para su salud, para su instrucción. (Fernandez, 1989)

5 Discusión-Conclusión

La sociedad es una verdadera sociedad una vez que es solidaria. El “Principio de Subsidiaridad” puede definirse además como Solidaridad.

Cada uno de estos principios intenta proteger y fomentar los bienes que corresponden a la plena dignidad del ser persona. Ordenarlos entre sí, supone consultar la estructura y dinámica de la persona como agente moral y asegurar la objetividad y universalidad de estos principios. También exige la referencia a la antropología filosófica que el concepto persona supone (Fernandez, 1989).

Por ello es impórtate que se conozca estos principios y se trabajen con ellos, sobre todo la profesión de Enfermería.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-sin-complejos-ni-verguenza-historia-S0212538214000892>

Capítulo 79

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE INGRESADO POR NEUMONÍA BILATERAL

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

1 Introducción

La neumonía bilateral es una afección pulmonar en la cual ambos pulmones se inflaman y se llenan de líquido, generalmente debido a una infección. Su definición y concepto pueden describirse de manera más detallada en aproximadamente 230 palabras.

La neumonía bilateral es una forma grave de neumonía que afecta simultáneamente a ambos pulmones, en contraste con la neumonía unilateral, que afecta solo a un pulmón. Esta afección puede ser causada por varios agentes infecciosos, como bacterias, virus, hongos o parásitos, y suele ser más preocupante que la

neumonía unilateral debido a su impacto potencialmente mayor en la función respiratoria.

Los síntomas de la neumonía bilateral suelen incluir fiebre, tos, dificultad para respirar, dolor en el pecho, fatiga y producción de esputo. La afección puede afectar gravemente la capacidad del cuerpo para oxigenarse adecuadamente, lo que puede llevar a complicaciones graves, como insuficiencia respiratoria.

El diagnóstico de la neumonía bilateral implica una evaluación médica completa, que incluye la realización de radiografías o tomografías computarizadas del tórax para visualizar los pulmones y confirmar la presencia de inflamación en ambos. El tratamiento generalmente implica la administración de antibióticos o antivirales para combatir la infección subyacente, así como medidas de apoyo como la oxigenoterapia y, en casos graves, la hospitalización.

La neumonía bilateral puede ser una condición grave y potencialmente mortal, especialmente en personas de edad avanzada o con sistemas inmunológicos comprometidos. Es importante buscar atención médica inmediata si se sospecha de esta afección, ya que un diagnóstico y tratamiento oportunos pueden marcar la diferencia en el pronóstico y la recuperación del paciente.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El rol del enfermero en el cuidado de pacientes con neumonía bilateral ingresados es esencial para proporcionar atención integral y apoyo en su recuperación. A continuación, se detallan las funciones del enfermero en este escenario:

Evaluación inicial: El enfermero realiza una evaluación completa del paciente con neumonía bilateral al ingresar. Esto incluye la medición de signos vitales, la auscultación pulmonar para evaluar la respiración y la saturación de oxígeno en sangre. Además, recopila información sobre la historia médica del paciente, incluidos los síntomas previos y los tratamientos.

Monitorización continua: Se encarga de la monitorización constante del estado del paciente, especialmente de su oxigenación. Esto implica la verificación regular de la frecuencia respiratoria, el pulso y la presión arterial, y la administración de oxígeno según las necesidades del paciente.

Administración de tratamientos: Los enfermeros administran los medicamentos prescritos, que pueden incluir antibióticos, broncodilatadores o analgésicos, y se aseguran de que se tomen según las indicaciones médicas. Además, pueden administrar terapia intravenosa para mantener la hidratación y la nutrición adecuadas.

Fisioterapia respiratoria: Ayudan en la aplicación de técnicas de fisioterapia respiratoria, como la fisioterapia con vibración y la inhalación de aerosoles, para aliviar la congestión y facilitar la expectoración de secreciones pulmonares.

Posicionamiento adecuado: Los enfermeros garantizan un posicionamiento adecuado del paciente para facilitar la respiración y prevenir complicaciones como la neumonía nosocomial o úlceras por presión. Pueden utilizar almohadas de elevación para mejorar la expansión pulmonar.

Educación del paciente y la familia: Brindan información sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia del cumplimiento de las indicaciones médicas. Además, enseñan técnicas de higiene de manos y medidas de prevención para evitar la propagación de infecciones.

Apoyo emocional: La neumonía bilateral puede ser una experiencia aterradora para el paciente. Los enfermeros proporcionan apoyo emocional, escuchando sus preocupaciones y alentando la comunicación con la familia.

Prevención de complicaciones: Se enfocan en la prevención de complicaciones, como la trombosis venosa profunda, la atelectasia o la insuficiencia respiratoria, a través de medidas como la movilización temprana, ejercicios de respiración profunda y cambios posturales.

Colaboración con el equipo médico: Trabajan en estrecha colaboración con médicos, terapeutas respiratorios y otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque de atención integral y coordinada.

Documentación precisa: Registran de manera precisa y completa todas las intervenciones, observaciones y cambios en el estado del paciente, lo que facilita la comunicación entre el equipo de atención médica y el seguimiento de su progreso.

El papel del enfermero en el cuidado de pacientes con neumonía bilateral ingresados es esencial para brindar una atención de alta calidad, monitorear de cerca la condición del paciente y ofrecer apoyo tanto físico como emocional durante su recuperación. La colaboración con otros profesionales de la salud y la educación del paciente son elementos clave para lograr un manejo efectivo de esta afección respiratoria.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para otros enfermeros en la promoción de una óptima recuperación en pacientes que han estado ingresados por neumonía bilateral es la atención centrada en el paciente. Escuchar activamente las preocupaciones del paciente y brindar apoyo emocional es esencial. Proporcionar información clara sobre su afección, el tratamiento y las medidas preventivas refuerza la comprensión y la cooperación del paciente.

Además, asegúrate de una monitorización constante de los signos vitales, especialmente la saturación de oxígeno, y responde de manera rápida a cualquier deterioro. Facilita la movilización temprana y fomenta la adherencia a las terapias respiratorias. Colabora con el equipo médico y otros profesionales de la salud para coordinar el plan de atención integral del paciente. Una atención integral, empática y comunicativa es clave para una recuperación exitosa en casos de neumonía bilateral, mejorando la calidad de vida del paciente y su confianza en el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 80

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CATARATAS

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

1 Introducción

La intervención quirúrgica de cataratas, conocida como cirugía de cataratas, es un procedimiento médico diseñado para tratar y mejorar la visión de las personas que han desarrollado cataratas en sus ojos. La catarata es una condición en la que el cristalino del ojo, una lente natural que se encuentra detrás del iris, se vuelve opaco y nublado, lo que causa visión borrosa y deterioro de la calidad visual. La definición y el concepto de esta intervención pueden describirse en aproximadamente 230 palabras.

La cirugía de cataratas implica la extracción del cristalino opaco y su reemplazo por una lente artificial transparente llamada lente intraocular (LIO). Esta cirugía es altamente efectiva y se realiza de manera ambulatoria en la mayoría de los

casos, lo que significa que el paciente puede regresar a casa el mismo día de la operación. El procedimiento se realiza bajo anestesia local y, en algunos casos, se puede utilizar anestesia tópica (gotas oculares).

Durante la cirugía de cataratas, se hace una pequeña incisión en el ojo a través de la cual se aspira el cristalino opaco con un instrumento especial. Luego, se coloca la LIO en la misma ubicación que ocupaba el cristalino original. La LIO es seleccionada previamente por el oftalmólogo de acuerdo con las necesidades individuales del paciente, como la corrección de la miopía o la hipermetropía.

Este procedimiento es altamente exitoso y generalmente permite a los pacientes recuperar una visión clara y nítida. Después de la cirugía, se puede requerir un breve período de recuperación, durante el cual se recomienda evitar actividades físicas intensas y proteger el ojo de la exposición excesiva a la luz brillante. En general, la cirugía de cataratas es una intervención segura y efectiva que mejora significativamente la calidad de vida de las personas que la necesitan al restaurar su visión.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel esencial en la intervención quirúrgica de cataratas para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente antes, durante y después del procedimiento. Aquí se describen sus funciones en aproximadamente 300 palabras:

Preparación preoperatoria: Antes de la cirugía, el enfermero realiza una evaluación completa del paciente, incluyendo su historial médico, alergias y medicamentos actuales. Se asegura de que el paciente comprenda el procedimiento, sus expectativas y proporcione el consentimiento informado. También verifica la identificación del paciente y el ojo a operar para evitar errores.

Preparación del quirófano: El enfermero colabora en la preparación del quirófano, asegurando que todos los instrumentos y suministros necesarios estén esterilizados y listos para su uso. También verifica la funcionalidad de los equipos médicos, como el microscopio quirúrgico.

Apoyo durante la anestesia: El paciente generalmente recibe anestesia local o tópica para adormecer el ojo. El enfermero asiste al anestesiólogo o al cirujano en la administración segura de la anestesia, brindando apoyo y asegurando que el paciente esté cómodo.

Posicionamiento del paciente: El enfermero ayuda a posicionar al paciente de manera adecuada en la camilla quirúrgica y asegura que el área del ojo esté preparada y desinfectada de manera estéril.

Asistencia durante la cirugía: Durante la cirugía de cataratas, el enfermero se mantiene alerta para ayudar al cirujano y proporcionar cualquier instrumento o material necesario. También registra y supervisa los signos vitales del paciente durante el procedimiento.

Seguridad del paciente: El enfermero trabaja en equipo con el cirujano para garantizar que la cirugía se realice sin complicaciones y que se eviten errores o infecciones. Esto incluye la verificación de la lente intraocular adecuada y la documentación precisa de todo el proceso.

Recomendaciones posoperatorias: Después de la cirugía, el enfermero proporciona instrucciones al paciente sobre el cuidado postoperatorio, incluyendo el uso de gotas oculares, la prevención de infecciones y las actividades permitidas o restringidas.

Seguimiento y cuidado postoperatorio: El enfermero realiza un seguimiento cercano del paciente en la sala de recuperación para evaluar su estado y asegurarse de que no haya complicaciones inmediatas. Esto puede incluir la monitorización de la presión intraocular.

Educación al paciente y la familia: Brinda información detallada al paciente y

a sus familiares sobre el proceso de recuperación, las expectativas y las señales de advertencia de complicaciones. La educación es clave para una recuperación exitosa.

Documentación precisa: Registra de manera meticulosa todas las intervenciones, observaciones y datos relevantes en la historia clínica del paciente, lo que proporciona un registro completo y preciso de la atención brindada.

El enfermero desempeña un rol esencial en la cirugía de cataratas, asegurando la seguridad, el bienestar y la atención de calidad del paciente antes, durante y después del procedimiento. Su colaboración con el equipo médico y su enfoque en la seguridad del paciente son cruciales para el éxito de la intervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

La principal recomendación para otros enfermeros ante la intervención quirúrgica de cataratas es mantener una atención centrada en el paciente y en la seguridad. Asegurarse de que el paciente esté completamente informado y cómodo antes de la cirugía, y mantener una comunicación constante durante el procedimiento para aliviar cualquier ansiedad. Durante la cirugía, ser vigilante y colabora estrechamente con el equipo quirúrgico para garantizar una ejecución sin problemas y segura. Además, seguir las pautas de asepsia rigurosamente para prevenir infecciones. Después de la cirugía, brinda apoyo y educación al paciente y su familia, asegurándote de que comprendan el cuidado postoperatorio y las señales de alarma. La empatía, la atención a los detalles y el compromiso con la seguridad del paciente son fundamentales en esta intervención, que puede mejorar significativamente la calidad de vida de quienes la reciben.

6 Bibliografía

Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 81

ACTUACIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

NOELIA CABEZA GARROTE

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Las enfermedades del riñón o nefropatías son caracterizadas principalmente por la disminución del funcionamiento renal.

Las principales funciones que desempeñan los riñones en nuestro organismo son las siguientes:

Nos ayudan a mantener controlada la presión arterial

Son fabricantes de eritropoyetina que es necesaria para la fabricación de los glóbulos rojos, evitando así la anemia.

Tienen la función de filtrar y limpiar la sangre.

Desechan las sustancias tóxicas y eliminan el exceso de líquido.

Ayudan a mantener un equilibrio de las sustancias que tenemos en la sangre.
Ayudan a transformar la vitamina D para los huesos.
Podemos describir la insuficiencia renal crónica, como aquella afectación del riñón que lo incapacita para poder realizar sus funciones principales, que consistente en la eliminación de sustancias tóxicas que se encuentran dentro de nuestros organismos.
Cuando nos encontramos con un paciente que padece esta enfermedad existen varias alternativas para suplir o complementar esta disfunción, en primer lugar, se utilizará la farmacología, diálisis y por último y más eficaz trasplante renal. El trasplante renal mejora considerablemente la calidad de vida de estos pacientes, pudiendo realizar su vida de manera normal.
En la actualidad podemos clasificar esta enfermedad como aguda o crónica, siendo esta última aquella que perdura en el tiempo y no tiene cura.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las principales características que se manifiestan en la enfermedad renal, así como su sintomatología.
Saber cuáles son las actuaciones que debe desarrollar el profesional de enfermería ante este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.
También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con los pacientes con enfermedad renal.

4 Resultados

Los pacientes que padecen una insuficiencia renal pueden desarrollar a lo largo del tiempo diferentes síntomas, algunos más destacados son: fatiga, presión arterial alta y retención de líquidos.
Podemos establecer diferentes actuaciones e intervenciones para este tipo de pacientes.

Eliminación de los tóxicos que están produciendo daño en el riñón, una correcta intervención será ajustar la dieta y medicación proporcionando al paciente antihipertensivos y diuréticos.

Las intervenciones con los pacientes que sufren enfermedades renales se hacen con un equipo multidisciplinar, siendo el profesional de enfermería un pilar fundamental, proporcionando los cuidados básicos en todo el proceso y evolución de su enfermedad.

Las actuaciones que se establecen para intervenir a los pacientes con insuficiencia renal por parte del equipo de enfermería son las siguientes:

Monitorización: podremos medir diferentes parámetros que nos ayudarán a saber si el paciente se encuentra estable o presente algún tipo de anomalía.

Será necesario realizar análisis de orina, tanto de 24 horas como cultivo y sedimento. Podremos verificar que los niveles de creatinina, la osmolaridad y el equilibrio ácido-base se encuentran dentro de los niveles establecidos

Cuando se realicen los procedimientos para la realización de pruebas, mantendremos siempre una buena asepsia, para evitar que adquieran cualquier tipo de infección.

Se identificarán las posibles alteraciones a nivel del potasio, siendo el más peligroso la hiperpotasemia y la hipocalcemia, ya que pueden producir arritmias cardíacas que pueden ser letales.

Se realizará un balance hídrico que nos permitirá medir cuanto es el total de líquido ingerido y el total de líquido eliminado.

Se observará al paciente a nivel neurológico ya que a consecuencia de la hipertensión se pueden desarrollar encefalopatías.

Es importante que tanto al paciente como a los familiares se les proporcione toda la información al respecto, ya que esto nos ayudará a que sea más colaborador y se encuentre más tranquilo.

5 Discusión-Conclusión

Podemos definir la insuficiencia renal como una enfermedad progresiva, esto puede tener un impacto en el paciente, ya que deberá de cambiar su estilo de vida y adaptarse a nuevos procedimientos e intervenciones para poder mejorar su calidad de vida.

En diferentes estudios de investigación se ha comprobado que los pacientes que son informados de como puede evolucionar su enfermedad, del tratamiento que deben de seguir y de los hábitos de vida que tienen que modificar, tienen una mejor calidad de vida, ya que son partícipes de sus cuidados.

Como profesionales de enfermería le explicaremos todas las dudas que vayan surgiendo en el proceso de su enfermedad y lo acompañaremos en su evolución.

6 Bibliografía

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?insuficiencia-renal-crónica>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985625/>

<https://revistamedica.com/insuficiencia-renal-cronica-primaria/>

<https://medlineplus.gov/spanish/kidneyfailure.html>

Capítulo 82

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO DEL NEONATO

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

1 Introducción

El cuidado del neonato en la planta de neonatología se refiere a la atención médica y de enfermería especializada brindada a los recién nacidos, particularmente aquellos que pueden requerir cuidados adicionales debido a condiciones médicas o prematuridad. El concepto abarca un conjunto integral de prácticas destinadas a garantizar la salud y el bienestar de los bebés durante sus primeros días o semanas de vida.

En una planta de neonatología, los neonatos pueden recibir atención que varía desde cuidados básicos hasta tratamientos intensivos, dependiendo de sus necesidades médicas individuales. Esto puede incluir el monitoreo continuo de signos vitales, la administración de medicamentos, la asistencia respiratoria, la al-

imentación especializada, la terapia intravenosa y el control de la temperatura corporal.

El cuidado del neonato en la planta también se centra en el apoyo emocional y la educación de los padres. Los profesionales de la salud trabajan en estrecha colaboración con las familias para explicar las condiciones y el tratamiento de los bebés, alentando la participación activa de los padres en el cuidado de sus hijos.

El objetivo principal es promover el crecimiento y el desarrollo saludables del neonato, prevenir complicaciones y asegurar una transición segura a casa cuando sea apropiado. La atención en la planta de neonatología es altamente especializada y se adapta a las necesidades únicas de cada bebé, con un enfoque en la atención centrada en el paciente y la colaboración interdisciplinaria entre médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. El cuidado del neonato en la planta es esencial para brindar a estos bebés el mejor comienzo posible en la vida y superar los desafíos que puedan enfrentar al nacer.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel esencial en el cuidado del neonato en la planta de neonatología, donde se atienden a bebés prematuros o con afecciones médicas. Sus funciones son fundamentales para garantizar la salud y el bienestar de estos recién nacidos y brindar apoyo a las familias. Aquí se describen sus roles y responsabilidades en aproximadamente 300 palabras:

Evaluación continua: El enfermero realiza evaluaciones regulares del estado de salud del neonato, incluyendo la medición de signos vitales como la frecuencia cardíaca, la respiración y la temperatura. También evalúa el desarrollo, el peso y el crecimiento del bebé.

Monitoreo especializado: En casos de neonatos prematuros o con condiciones médicas, el enfermero puede realizar un monitoreo continuo de la saturación de oxígeno, la presión arterial y otros parámetros críticos. Esto ayuda a identificar cualquier deterioro en la salud del bebé de manera temprana.

Administración de medicamentos: Prepara y administra medicamentos según las indicaciones médicas, asegurándose de que las dosis sean precisas y seguras para los neonatos. Esto puede incluir antibióticos, analgésicos u otros medicamentos específicos.

Cuidado de vías intravenosas: Coloca y cuida las vías intravenosas en los neonatos cuando sea necesario para la administración de líquidos, nutrientes o medicamentos. Garantiza que las vías estén limpias y funcionen correctamente.

Alimentación especializada: Ayuda en la alimentación de los neonatos, ya sea mediante la administración de fórmula, lactancia materna o a través de sondas, dependiendo de las necesidades de cada bebé.

Apoyo emocional a las familias: Brinda apoyo y educación a los padres, explicando las condiciones y el progreso de su bebé. Fomenta la participación de los padres en el cuidado diario del neonato, lo que puede incluir el cambio de pañales, la alimentación y el contacto piel a piel.

Cuidados de higiene y confort: Realiza cuidados de higiene y confort, asegurando que el bebé esté limpio y cómodo. Cambia pañales, ajusta la posición para evitar úlceras por presión y garantiza que la temperatura del bebé sea adecuada.

Prevención de infecciones: Cumple rigurosamente las medidas de higiene y prevención de infecciones para proteger a los neonatos de posibles contagios. Esto incluye el lavado de manos y el uso de equipos estériles.

Comunicación interdisciplinaria: Colabora estrechamente con médicos, terapeutas respiratorios, nutricionistas y otros profesionales de la salud para coordinar el plan de atención integral del neonato.

Documentación precisa: Lleva registros detallados de las intervenciones, obser-

vaciones y cambios en el estado de salud del bebé, lo que proporciona un historial clínico completo y preciso.

El cuidado del neonato en la planta de neonatología requiere un enfoque especializado, empático y altamente coordinado. El enfermero desempeña un papel crucial en la atención y el bienestar de estos recién nacidos, brindando cuidados esenciales y apoyo tanto al bebé como a su familia durante esta etapa crítica de la vida.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para otros enfermeros en el cuidado del neonato en la planta de neonatología es mantener una atención centrada en el bebé y su familia. Escuchar activamente las preocupaciones de los padres, brindar apoyo emocional y alentar su participación en el cuidado del neonato es esencial. Comunicación clara y compasión son clave para establecer una relación de confianza.

Además, enfóquense en la seguridad y la precisión en cada tarea, especialmente en la administración de medicamentos y la monitorización de signos vitales. La colaboración interdisciplinaria es esencial; trabajen en equipo con médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral. La documentación precisa es fundamental para mantener un registro completo y seguro del historial clínico del neonato. Finalmente, mantenerse actualizados con las mejores prácticas y avances en la atención neonatal para brindar el mejor cuidado posible a estos pacientes tan vulnerables.

6 Bibliografía

Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 83

ACTUACIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA CON LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER

NOELIA CABEZA GARROTE

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Podemos definir la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad neurodegenerativa. Es caracterizada por presentar cambios a nivel cerebral que pueden derivar en el depósito descontrolado de ciertas proteínas. Esta enfermedad produce que las neuronas de nuestro cerebro mueran.

En los pacientes que presentan esta enfermedad se manifiesta como un deterioro progresivo que afecta principalmente a la memoria, el comportamiento, pensamiento, habilidades sociales y hasta las actividades básicas de la vida diaria.

En la actualidad este tipo de demencia es el más común representado entre un 60% y un 80% de los casos de demencia.

Los factores de riesgo más destacados es el envejecimiento, ya que la mayoría de pacientes que sufren esta enfermedad son mayores de 65 años.

Es una enfermedad irreversible y en actualmente no tiene cura, si bien es cierto que con medicamentos se puede estabilizar los signos y síntomas, pero no se puede detener la enfermedad pudiendo empeorar.

Esta enfermedad se cataloga en siete etapas:

1. Asintomática: No manifiestan síntomas de la enfermedad, pero mediante pruebas diagnósticas se puede observar los depósitos anómalos de proteínas en el cerebro.
2. Olvidos benignos: Se observan los primeros indicios del deterioro cognitivo.
3. Deterioro cognitivo leve: Los familiares se empiezan a dar cuenta de los síntomas de la enfermedad. El paciente repite preguntas y no retiene información.
4. Etapa leve: En esta etapa los pacientes tienen dificultad para poder recordar los hechos más recientes, las actividades de la vida diaria son más difíciles de llevarlas a cabo.
5. Etapa Moderada: Se encuentran dificultades para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria sin una ayuda, en esta fase el paciente se vuelve más dependiente.
6. Moderada-grave: Los pacientes comienzan a no recordar a sus familiares. Son incapaces de poder mantener una conversación corta.
7. Severa: En esta fase se hacen notables los deterioros físicos, ya no tienen movilidad y son dependientes.

Los pacientes pueden presentar las fases de diferentes maneras, no siguiendo así un patrón por lo que sirve de orientación para establecer en qué fase se encuentran.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son los principales signos y síntomas que presentan los pacientes enfermos de Alzheimer.

Investigar cuál es el tratamiento que más eficaz que se encuentra para tratar a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Google Scholar, Medline, Scielo, Pubmed.

Se ha consultado la literatura científico-sanitaria existente en referencia con la enfermedad de Alzheimer.

4 Resultados

Los pacientes que tienen demencia tipo Alzheimer, presentan una acumulación excesiva de una proteína llamada beta amiloide.

Esta proteína se va acumulando en las neuronas siendo así las principales responsables del deterioro cognitivo.

En esta enfermedad se produce una pérdida importante de neuronas, ya que se manifiestan dos tipos de alteraciones: una es la acumulación de la proteína beta-amiloide, y la otra los ovillos neurofibrilares de la proteína Tau.

Estos ovillos y placas provocan una afectación al correcto funcionamiento de las neuronas, ya que producen que no exista una correcta conexión entre las mismas, por lo que puede llegar a manifestarse muerte neuronal.

El proceso de la acumulación desproporcionada de proteínas en nuestro cerebro se produce más concretamente en el Hipocampo.

El hipocampo se localiza en el lóbulo temporal del cerebro y se encuentra directamente relacionada con los procesos de memoria y aprendizaje.

Cuando la enfermedad va avanzando de manera progresiva se ven afectadas otras partes del cerebro.

La proteína beta amiloide se encuentra en nuestro cerebro. En un cerebro con Alzheimer esta proteína se va acumulando décadas antes de que se manifiesten los primeros síntomas.

La proteína Tau también se encuentra en un cerebro sano, es muy importante para que este tenga un funcionamiento normal, encargándose directamente del mantenimiento y estructura de las neuronas.

En personas que presentan esta enfermedad y con el acompañamiento de diferentes pruebas diagnósticas, se ha podido comprobar que además de presentar esta acumulación desproporcionada de proteínas se presenta una cierta inflamación.

En la actualidad existen diferentes medicamentos que combinándolos entre sí pueden ayudar a que el paciente se encuentre más estable.

Debemos recordar que es una enfermedad neurodegenerativa e irreversible y no tiene cura.

5 Discusión-Conclusión

Una de las causas más frecuentes de demencia es la enfermedad de Alzheimer.

Esta enfermedad adquirió el nombre de su descubridor que en el año 1901 el médico psiquiatra estudió los signos y síntomas del comportamiento de uno de sus pacientes.

Para poder diagnosticar esta enfermedad se debe de realizar un estudio, así como solicitar pruebas complementarias diagnósticas.

Estas pruebas son: imágenes a nivel neurológico, análisis de sangre, tomografía computerizada, resonancia magnética, PET/TC de la cabeza.

Ante las primeras sospechas de que se pueda sufrir esta enfermedad se debe de iniciar el protocolo, ya que esta enfermedad no tiene cura, pero si se pueden ralentizar los síntomas.

6 Bibliografía

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?enfermedad-de-alzheimer>

<https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763097/>

<https://revistamedica.com/alzheimer-signos-alteraciones/>

<https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/enfermedad-alzheimer>

Capítulo 84

INFECCIONES URINARIAS EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

ESTHER GONZÁLEZ NIETO

SARA ALVAREZ DIAZ

MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA

1 Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se tratan de un problema para la salud pública a nivel personal, socioeconómico y sanitario. Afectan a 150 millones de personas de manera anual en todo el mundo a personas en cualquier etapa de la vida. Dentro de los grupos más vulnerables se encuentran: mujeres en edad fértil, embarazadas, infancia, pacientes con patología renal y adultos mayores.

Las ITU son la segunda infección más prevalente dentro del grupo de los adultos mayores institucionalizados, llegando a cifras alrededor del 30-40% por lo que es un importante problema para la salud pública.

En la mayor parte de los casos, la *Escherichia Coli* es la responsable de las infecciones urinarias. La sintomatología es muy diversa, sobre todo en el grupo de los adultos mayores.

El diagnóstico se realiza por medio del cultivo de orina y/o la prueba esterasa leucocitaria. El tratamiento es muy diverso en función de las características del paciente, aunque por norma general se suele iniciar con Fosfomicina Trometamol.

El principal pilar para el tratamiento de las infecciones de orina se debe de basar en una correcta prevención. Para ello, en el ámbito residencial se debe realizar

especial hincapié en el lavado de manos, la mejora del ratio personal/usuarios para lograr una atención satisfactoria.

2 Objetivos

- Conocer la prevalencia de ITU en adultos mayores institucionalizados.
- Analizar los diferentes tipos de antibióticos.
- Determinar los factores relacionados con la ITU en el residente geriátrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos sobre la literatura científica actual disponible acerca del tema a estudio. Las bases de datos consultadas han sido: PubMed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos que más se ajustan al tema de estudio.

4 Resultados

Las personas mayores son más vulnerables a las infecciones por factores propios del envejecimiento, así como por factores extrínsecos. Las infecciones más habituales en este grupo de pacientes son las respiratorias y las urinarias. En general afectan más a las mujeres y los pacientes portadores de sonda vesical.

Las manifestaciones clínicas son muy diversas, desde no presentar síntomas hasta el shock séptico. En la población mayor, las ITU se suelen manifestar de manera atípica y en numerosas ocasiones de manera asintomática. En el grupo de las personas mayores suelen aparecer síntomas atípicos como delirium, astenia, deterioro general. Para tratar de lograr un diagnóstico precoz se deben tener en cuenta las comorbilidades como la Diabetes Mellitus o la insuficiencia renal, los factores de riesgo relacionados con ingreso hospitalario, portador de sonda vesical o antibioterapia, toma de temperatura en caso de presencia de manifestaciones atípicas.

Las infecciones del tracto urinario tienen una diversa etiología, bacterias gram-negativas, gram-positivas, hongos. Las infecciones de orina no complicadas en el 80% de los casos está provocada por la *Escherichia Coli*. Existen diferencias entre la etiología de las infecciones nosocomiales y las adquiridas en la comunidad, principalmente por el incremento de las resistencias bacterianas.

Para el diagnóstico de las infecciones urinarias la prueba más habitual se trata de la prueba de la esterasa leucocitaria, para ello se utiliza una tira de orina que cambia de color en aproximadamente 1 minuto, es posible que en ocasiones se produzcan falsos positivos en el caso de que la muestra se encuentre contaminada.

La prueba de elección ante sospecha de ITU es el cultivo de orina, aunque no está indicado realizarlo de manera sistemática. Se debe de obtener la muestra preferentemente a primera hora de la mañana para asegurar la permanencia de la orina en la vejiga de al menos 4 horas.

En cuanto a la elección de tratamiento para la ITU depende de las características del paciente y los resultados del antibiograma. En el caso de cistitis no complicada lo más habitual es iniciar el tratamiento con Fosfomicina Trometamol o en su defecto Ciprofloxacino

Las infecciones urinarias se han convertido en infecciones difíciles de tratar por las resistencias antibióticas. La carga bacteriana empieza a reducir en las primeras 48 horas desde el inicio del tratamiento.

El mejor tratamiento es realizar una correcta prevención de las infecciones urinarias. Entre las medidas preventivas más habituales se encuentran.

- Ingesta hídrica adecuada
- Correcta higiene corporal siempre de delante hacia atrás a la hora de realizar el aseo personal.
- Evitar retener la orina en la vejiga
- Ratio de personal adecuado para la atención correcta los pacientes institucionalizados
- Vigilancia de resistencias antibióticas
- Lavado de manos

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones de orina son muy prevalentes entre los usuarios de Centro Residenciales es importante realizar un diagnóstico precoz y conocer los signos de alarma, aunque en ocasiones el diagnóstico puede ser dificultoso por las manifestaciones atípicas.

El tratamiento de las infecciones urinarias debe ser individualizado, teniendo en cuenta las numerosas resistencias antibióticas que existen en la actualidad.

La prevención es el pilar fundamental para tratar de controlar las infecciones urinarias.

La buena práctica por parte del personal sanitario, incluyendo la higiene de manos, mantener un entorno limpio, así como el correcto manejo de los pacientes portadores de sondas vesicales.

6 Bibliografía

1. Serrano M, Barcenilla F, Limón E. Infección nosocomial en centros sanitarios de cuidados prolongados. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014; 32(3):191–198.
2. Martínez de las Cuevas G, Alonso-gutiérrez J, Cayón de las Cuevas C. Protocolo de tratamiento empírico de las infecciones en ancianos internados en centros asistenciales. *Medicine*. 2014; 11(57):3394–9
3. Martínez Gistau M. Protocolo de prevención de las infecciones del tracto urinario en personas mayores institucionalizadas. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Lleida. 2017.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es>

Capítulo 85

EFFECTIVIDAD DEL AUTOCUIDADO EN EL PIE DIABÉTICO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: REVISIÓN SISTEMÁTICA

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

1 Introducción

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica, no transmisible, que afecta a millones de personas en todo el mundo. Esta enfermedad está asociada con otro tipo de patologías como es el síndrome metabólico. Los valores de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 son: ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) en el valor de glucosa plasmática ocasional; y de ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) (tiempo de ayuno 8-12 h) en la glucosa plasmática en ayunas. (1) Uno de los efectos secundarios derivados de la diabetes tipo 2 es el pie diabético, la Sociedad Española de Angiología y Cirugía lo define como una alteración clínica inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin isquemia, y previo desencadenante traumático, produce una

lesión y/o ulceración del pie. (2) Esta afectación reduce la calidad de vida de los pacientes debido a los continuos ingresos y citas médicas hospitalarias, llegando incluso a producir amputaciones de los miembros inferiores por la progresión de las heridas. Lo que produce altas tasas de morbilidad y mortalidad en este tipo de población. (2) El cuidado y sus actividades se consideran a aquellas acciones deliberadas que las personas llevan a cabo para regular su funcionamiento y desarrollo en beneficio de su salud y bienestar. (3) Estas actividades de autocuidado han demostrado ser fundamentales para mejorar el pronóstico del pie diabético en estos pacientes. (4)

2 Objetivos

- Identificar los beneficios del autocuidado en el pie diabético de pacientes con diabetes tipo 2.
- Disminuir las complicaciones secundarias a un mal conocimiento de la diabetes y sus consecuencias en los pacientes del centro de salud.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizó la base de datos Pubmed combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: self care OR foot care education AND diabetic foot. Se revisaron los artículos publicados a partir de 2017, así como se usó el filtro de artículos completos (Full Free Text). A continuación, se evaluaron los posibles manuscritos elegibles en función de los siguientes criterios de inclusión: 1) Población adulta con diabetes tipo 2 y diagnóstico del pie diabético, 2) evaluar y/o describir los efectos del autocuidado del paciente en el tratamiento del pie diabético y 3) ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados, estudios piloto y estudios cuasi experimentales.

A pesar de la evidencia publicada con respecto a este tema, se han seleccionado artículos recientes, así como aquellos con una alta calidad metodológica. Se ha tenido en cuenta el tamaño muestral, tipo de estudio y metodología utilizada, además del tipo de intervención.

4 Resultados

El primer estudio incluido en esta revisión evaluó los efectos de un programa de formación de tres meses sobre el cuidado de los pies y la autoeficacia de los pa-

cientes con úlceras de pie diabético. A lo largo de la intervención se educó a los pacientes sobre cuidados del pie, como prevenir la aparición de nuevas úlceras, recomendaciones nutricionales y de ejercicio. Los resultados mostraron una diferencia estadística en el autocuidado del pie entre el grupo de intervención y el grupo control. Las puntuaciones de autoeficacia y cuidado de las úlceras del pie aumentaron significativamente en el grupo de intervención tras la intervención. (5) Otro de los estudios incluidos planteo como objetivo evaluar la eficacia de los programas de educación sanitaria sobre la conducta de autocuidado de los pies en los adultos mayores con diabetes. El grupo control solo recibió atención estándar, mientras que el grupo de intervención recibió un programa de educación basado en la teoría de la autoeficacia sobre las conductas de autocuidado. Los principales hallazgos fueron una mejora del comportamiento de autocuidado de los pies, autoeficacia en el cuidado de los pies, así como los conocimientos sobre el cuidado de los pies de los participantes del grupo de intervención. Sin embargo, parámetros como la calidad de vida o los síntomas físicos no difirieron entre los grupos. (6) El tercer estudio incluido en este trabajo tuvo como objetivo capacitar a los pacientes con diabetes tipo 2 para prevenir la aparición del pie diabético. El programa de intervención plantó actividades de empoderamiento en el paciente con diabetes tipo 2 para un mejor autocuidado y prevención del pie diabético. Los resultados observaron que el empoderamiento de los pacientes diabéticos es eficaz para promover el comportamiento de cuidado de los pies, y se recomienda la implementación de programas de empoderamiento en las clínicas de diabetes de esta ciudad. (7)

5 Discusión-Conclusión

Como principales conclusiones de este trabajo se ha demostrado que una intervención basada en el autocuidado mejora el pronóstico del pie diabético en pacientes con diabetes tipo dos, así como la prevención de úlceras. Es fundamental implementar este tipo de programas en la atención primaria y centros sanitarios. El impacto de estas intervenciones ayudarán a largo plazo a mejorar la calidad de vida y síntomas físicos de los pacientes, sin embargo, aún se necesitan más investigaciones para avalar las mejoras en dichas variables.

6 Bibliografía

1. Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, Landgraf R, Nauck M, Freckmann G, Heinemann L, Schleicher E. Definition, Classification and Diagnosis of

- Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019 Dec; 127(S 01):S1-S7. doi: 10.1055/a-1018-9078. Epub 2019 Dec 20.
2. Balcázar-Ochoa, M., Escate-Ruíz, Y., Choque-Díaz, C., & Velásquez-Carranza, D. Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético. *Rev. enferm Herediana*. 2014, 7(2), 63-68.
3. Taylor S, Marriner A, Rayle M. La teoría de enfermería del déficit de autocuidado. *Modelos y teorías de enfermería*. 6.º ed. Madrid, España: Elsevier; 2007. Pp. 189 – 202.
4. Goodall RJ, Ellauzi J, Tan MKH, Onida S, Davies AH, Shalhoub J. A Systematic Review of the Impact of Foot Care Education on Self Efficacy and Self Care in Patients With Diabetes. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2020 Aug; 60(2):282-292. doi: 10.1016/j.ejvs.2020.03.053. Epub 2020 Jul 11.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 86

EL IMPACTO DEL CUIDADO INFORMAL EN LA SALUD: MUJERES CUIDADORAS

SONIA BRICEÑO GARCÍA

LIRIA CHAMORRO RUFO

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

El cuidado informal ha ido aumentando de forma progresiva a lo largo de los últimos años. Este tipo de cuidado hace referencia a la asistencia o ayuda que familiares, amigos, vecinos y otras personas de la red social cercana ofrecen a quienes lo necesitan, en términos de servicios de salud. El envejecimiento creciente de la población y el aumento en la esperanza de vida de las personas con enfermedades o discapacidades específicas, han contribuido a que este tipo de cuidado adquiriera una mayor relevancia con el paso del tiempo.

Una de las principales características de la asistencia o cuidado informal es el carácter no remunerado que presenta, además de que normalmente es la figura de la mujer la que se encarga de esta responsabilidad, en función de las circunstancias.

Son muchas las investigaciones que establecen que, la mujer que se ocupa del hogar y presenta una relación de parentesco directo (madre, hija o esposa) con la persona a la que cuida, es la que se encarga especialmente de asumir el rol de cuidador. Es decir, se puede considerar que el género, la convivencia y el parentesco, son los factores o variables que influyen en mayor proporción a la hora de predecir quién será el cuidador principal dentro de la familia.

No obstante, la presencia de informalidad en el cuidado está siendo afectada por el ingreso de las mujeres al mercado laboral, mientras que, la participación de los hombres en el rol de cuidadores informales avanza a un ritmo más lento. Además, el crecimiento en la demanda se ha asociado con una mayor exigencia en la calidad de estos cuidados. Por estos y otros motivos, se ha justificado que la función de cuidador informal, en varias ocasiones, conlleva que la salud física y mental se vea afectada de manera negativa en las personas que lo llevan a cabo, específicamente en el caso de las mujeres.

En la presente revisión se va a proceder a analizar el impacto que supone en las mujeres cuidadoras que realizan este tipo de asistencia, en los diferentes ámbitos de su vida; analizando cada característica del cuidado informal y la influencia que presenta en la salud y bienestar de las personas que lo llevan a cabo.

2 Objetivos

- Describir las características que definen el término cuidado informal.
- Evaluar cómo el acto de cuidar afecta la salud de las mujeres que asumen este rol, así como las implicaciones en términos de sobrecarga y calidad de vida.

3 Metodología

Como propuesta de estudio se ha utilizado la revisión bibliográfica en la cual hemos realizado una búsqueda exhaustiva de artículos en diversas bases de datos, publicaciones, informes oficiales y revistas científicas; seleccionando exclusivamente aquella información que contenía los aspectos más relevantes que nos interesaban para la realización de dicha revisión.

4 Resultados

La influencia que el acto de cuidar tiene en la salud de las mujeres que asumen este rol es un tema comúnmente explorado en investigaciones sobre el cuidado

no remunerado, el cual se distingue por ciertos elementos fundamentales que lo definen, como, por ejemplo, se trata de un tipo de cuidado no institucional, no remunerado, que se basa en una relación de parentesco donde existen ciertos lazos de afectividad y una expresión de compromiso durable entre sus miembros. Esta última característica es básica para diferenciar el sector informal del voluntario (1).

En múltiples investigaciones, se examina la función desempeñada por las mujeres que cuidan y se señala que el acto de cuidar implica una considerable inversión de tiempo por parte de estas mujeres. Así mismo, se ha estudiado que este grupo está conformado mayormente por mujeres con niveles educativos más bajos, pertenecientes a clases sociales menos favorecidas y con un estatus de desempleo, lo que las expone a diversas consecuencias en términos de impacto económico, gestión de su tiempo y salud, principalmente debido a las elevadas cargas de trabajo que enfrentan (2).

A la hora de brindar cuidados, hay que destacar varios factores importantes, como por ejemplo, la carga objetiva, la cantidad de tiempo invertido, la carga física y la exposición a circunstancias estresantes que se enfrenta el cuidador. Otro factor es la carga subjetiva, que se refiere a la respuesta emocional y a cómo percibe las circunstancias la persona cuidadora (2).

Algunos autores además defienden que se puede producir una sobrecarga de roles; es decir, la mujer asume las responsabilidades en el terreno laboral a la vez que mantiene las relativas al rol de madre, esposa y ama de casa. Esto se traduce en un conflicto entre las demandas de ambos roles vitales, sobrecargando a la mujer y teniendo consecuencias negativas en sus niveles de satisfacción con el trabajo, en su vida, y en consecuencia en su propia salud (3).

Además, el hecho de que el cuidado no remunerado implique esfuerzo físico y demandas emocionales lo convierte en un elemento de peligro para la salud, tanto en términos mentales como físicos, para las personas que proporcionan dicho cuidado (4). Se ha llegado a acuñar el término de “síndrome del cuidador” para describir las alteraciones médicas, psíquicas e incluso “los problemas laborales, familiares y económicos” que se enfrentan las cuidadoras (2). De acuerdo con la misma fuente, asumir la responsabilidad de cuidar a un familiar dependiente mientras se trabaja para recibir un salario resulta una situación sumamente desafiante para la mayoría de las personas encargadas de cuidar. En ocasiones, esto lleva a la renuncia al empleo, lo que representa una pérdida económica tanto para la cuidadora como para la unidad familiar en su conjunto.

Según lo expuesto en este artículo, otra consecuencia del trabajo de cuidado es su efecto en la vida social, ya que implica limitar la capacidad de estas mujeres para

mantener relaciones con la familia, socializar con amigos, y así sucesivamente. Además, esto se traduce en una escasez de tiempo disponible para actividades personales, el autocuidado e incluso la atención a su salud personal.

Los elevados requerimientos junto con las insuficientes compensaciones (en términos de inseguridad sobre el empleo, falta de reconocimiento, trato injusto), provoca que se duplique el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares, trastornos de salud mental (depresión) y músculo-esqueléticos (dolor de espalda) (5).

Por tanto, hay que destacar que el cuidado informal supone un elevado “coste de oportunidad” Para las personas que se encargan del cuidado, a menudo se les presenta la disyuntiva de tomar decisiones entre sus responsabilidades laborales y las relacionadas con la crianza y el cuidado.

5 Discusión-Conclusión

En forma general, esta revisión bibliográfica resalta que numerosas investigaciones han evidenciado que las mujeres que se encargan del cuidado informal experimentan un perjuicio significativo en su salud, tanto física como mental, a veces relacionado con una carga excesiva. Por lo tanto, es crucial reconsiderar las políticas sociales y de salud, así como proporcionar recursos adecuados a las cuidadoras para abordar la creciente demanda de cuidado informal y reducir el impacto negativo y los costos que esto conlleva para las mujeres en diferentes aspectos de sus vidas. Además, la distribución equitativa de las responsabilidades de cuidado en la familia puede contribuir a mitigar el impacto adverso en el bienestar de quienes cuidan.

6 Bibliografía

1. Domínguez AC. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. Index de enfermería [revista en Internet] 1998 [acceso 17 de febrero de 2013]; 23: [15-21]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44411/1/151249.pdf>.
2. García CM, Mateo RI, Maroto NG. El impacto de cuidar en salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2004 [acceso 2 de noviembre de 2013]; 18 (2): [83-92]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v18s2/revision9.pdf>.
3. Padilla C M. Barreras y limitaciones en el desarrollo profesional de la mujer. Portuaria [revista en Internet] 2001 [acceso 17 febrero de 2014]; 1:

[223-232]. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/110/b13881218.pdf?sequence=1>.

4. Vaquiro RS, Stiepovich BJ. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería* [revista en Internet] 2010 [acceso 2 noviembre de 2013]; 16 (2): [17-24]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf.

5. Bayona O, González J, López BM, Moncada S, Morán P. La prevención ¿mercado o derecho? Por Experiencia [revista en Internet] 2013 [acceso 2 noviembre de 2013]; (63): [2-22]. Disponible en: <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=9858>.

Capítulo 87

ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CONSUMIDOR DE COCAÍNA

RICARDO MORALES RUIZ

BEATRIZ OEO DELGADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

1 Introducción

La cocaína es un estimulante muy potente del sistema nervioso central, y también una de las drogas más peligrosas y adictivas. Debido a la estimulación que provoca va a aparecer euforia, excitación, locuacidad, sensación de gran fuerza física y agudeza mental, se va a ver acompañado de manifestaciones en distintos sistemas y aparatos, como por ejemplo en el sistema nervio simpático y aparato cardiovascular va a ver vasoconstricción, aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca, midriasis, sudoración y temblor. Aquí en España la cocaína es, después de los derivados del cannabis, la segunda droga ilegal más consumida. Puede usarse en diferentes formas: hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína, cocaína, freebase y crack. Y la vía de consumo va a ser mediante inyección endovenosa, fumada, esnifada, siendo esta última vía la más utilizada.

La cocaína es una droga que debido a sus efectos sobre la conducta tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo. Posee una alta potencia de abuso independientemente de la vía de administración. Aunque parezca que la cocaína se consume de forma inocua o recreativa, los cambios en el SNC producidos de

forma acumulada más el refuerzo positivo pueden convertir su uso esporádico en uso compulsivo, con lo cual genera un alto potencial de abuso.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del personal de enfermería ante el paciente consumidor de cocaína.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen diferentes protocolos para trabajar con estos pacientes que van a depender de cada comunidad autónoma, lo que se deduce que su centro de referencia va a ser el más próximo a su domicilio. En estos centros se llevará a cabo la desintoxicación, deshabituación, van a reducir los daños y tenemos que conseguir que sus condiciones de salud mejoren. En este proceso hay que integrarlos de nuevo en la sociedad con el apoyo de la familia.

Hay que tener una especial atención a los grupos más vulnerables, como son pacientes con patología dual, o con muchos años de consumo y poco motivados para cambiar la situación, drogodependientes que vivan en la calle o que tengan otra cultura o problemas con la justicia y así darles una respuesta lo más ajustada a lo que necesiten para conseguir el mayor logro posible

El trabajo que se realiza con este tipo de pacientes se lleva a cabo mediante un equipo de profesionales que consta de médico, psicólogo, enfermero, trabajador social y terapeuta ocupacional. En este equipo enfermería va a desempeñar una serie de funciones como son:

- Obtención de muestras biológicas, a) orina, con ella realizamos del test de embarazado, test de detección de sustancias, tira reactiva. Nos sirve para saber si está embarazada o no, si sigue consumiendo drogas y la cantidad que consume.

b) sangre, con ello sabemos el estado del paciente (función hepática, confirmamos si tiene o no enfermedades contagiosas), c) esputos, se utiliza para la tuberculosis, d) aire inspirado, nos sirve para el consumidor de alcohol.

- Toma de constantes vitales, FC, TA, T^a y sat O₂ todo esto se controla porque hay fármacos que van a alterar las constantes.
- Medidas antropométricas, talla, peso y el índice de masa corporal.
- Prueba de Mantoux, se realiza a todo paciente que vaya a ingresar en cualquier centro de desintoxicación y si hubiera infección se le pediría una radiografía de tórax.

Enfermería también llevará a cabo la administración de fármacos según lo pauté el médico, normalmente van todos los días a tomarse la medicación delante del personal de enfermería, pero varía cuando el paciente va progresando en la desintoxicación o deshabitación a la droga, habitualmente estos centros los fines de semana permanecen cerrados entonces un familiar responsable, tutor o dispositivo como caritas o albergues se hará cargo de administrar el tratamiento al paciente. Todos los fármacos administrados quedarán registrados para llevar un control y ver el grado de adherencia.

Enfermería se encarga de la educación para la salud. A los pacientes tiene que darles información de los estilos de vida y conductas que deben abandonar o modificar, la información a dar tiene que ser clara y adaptada a cada paciente. Cuando el paciente tome la decisión que quiere cambiar, estarán allí para ayudarle, reforzar el cambio y fomentarlo.

5 Discusión-Conclusión

Con toda la información revisada y constatada se llega a la conclusión que no existe en la actualidad un tratamiento eficaz para el abuso y dependencia a la cocaína. Se deberá actuar desde diferentes esferas. Junto con el tratamiento farmacológico debemos incluir el tratamiento psicoterapéutico y las relaciones sociales.

Estos pacientes tienen que estar muy motivados al cambio porque la cocaína produce una potente dependencia y también tendrán que saber que van a ver recaídas, por eso deben aprender a solventarlo y pedir ayuda porque el equipo sanitario va a estar con ellos apoyándolos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 88

IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA TERAPIA COMPRESIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

CORAL GARCÍA GUIJARRO

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

GONZALO ALARCÓN CARRERES

MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

1 Introducción

A diario llegan a la consulta de enfermería numerosas curas de úlceras de etiología venosa (más del 75%).

Tras esa cura, hay una persona que acude 2-3 veces por semana al centro por una herida que tiende a ser crónica. Las semanas que se convierten en meses, meses en años y un deterioro de la integridad física, psicológica y social que el usuario experimenta, llegando los profesionales a naturalizarlo porque “pongas lo que le pongas, no cura”.

En atención primaria, actualmente solo contamos con numerosos apósitos y vendas elásticas. Estas últimas son un auténtico peligro, ya que no sabemos la presión que ejercemos, las ponemos indistintamente (si la ponemos) sin saber que puede ser incluso peor que no ponerla.

La terapia compresiva consiste en la aplicación decreciente de presión en la extremidad inferior con el fin mejorar la circulación y reducir el edema. Es considerado el Gold Standard del tratamiento de la úlcera de etiología venosa, es decir, el uso de dicha terapia es superior al uso único de apósitos en la cicatrización de este tipo lesiones. No obstante, su poder antigraedad y antiinflamatorio resulta beneficioso en todas las lesiones de pierna, siempre y cuando no cursen con arteriopatía periférica moderada-grave.

Los beneficios de la terapia compresiva son:

- Reducción del edema.
- Mejora del drenaje linfático.
- Optimización y potenciación del sistema venoso.
- Efecto antiinflamatorio.
- Mejora del flujo arterial.

Es importante saber antes de realizar un vendaje compresivo, que es primordial homogeneizar los perímetros de la pierna en pacientes con alteraciones en la morfología de la extremidad.

Las indicaciones de la terapia de compresión:

- Insuficiencia venosa crónica (ejemplo: las úlceras vasculares)
- Edema: Linfático, venoso, postraumático, postquirúrgico, linfedema.
- Venas varicosas o varices.

Contraindicaciones y situaciones especiales:

- Enfermedad arterial oclusiva con isquemia crítica, con un índice tobillo-brazo $< 0,5$.
- Insuficiencia cardíaca descompensada.

Por ello, es fundamental una adecuada valoración de la herida, de la pierna y del usuario antes de pautar cualquier tipo de terapia compresiva.

La palpación de pulsos pedio y tibial posterior es la primera medida y, generalmente, es suficiente para proceder con la aplicación de la terapia compresiva. Cuando no se palpen estos pulsos será necesaria la medición del índice tobillo-brazo (ITB). ITB entre 0,9-1,3 puede considerarse normal.

El punto de corte para considerar isquemia crítica es un ITB $< 0,5$, por tanto, entre 0,6-0,8, a pesar de existir una arteriopatía periférica, el paciente puede beneficiarse de una terapia compresiva adaptada (vendajes rígidos y presiones menores de 30 mmHg).

Las ventajas de utilizar vendas de corta tracción:

- Ejerce mayor compresión cuando el paciente está en trabajo
- Fáciles de aplicar
- Actúa sobre el sistema venoso, superficial y profundo.
- Puede permanecer hasta 7 días puesta.
- Son reutilizables, pueden lavarse de 40 a 95 grados varias veces sin perder color o estabilidad, siempre con detergente suave. Puede esterilizarse mediante vapor de acuerdo con la normativa DIN EN ISO 17665-1.

Cuando decidimos comenzar el tratamiento con este tipo de vendas debemos proporcionarle al usuario, aparte de la venda o vendas que hayamos decidido ponerle, un juego de vendas exactamente igual al utilizado para que tenga un recambio y pueda lavar unas mientras porta otra. Puede durar con este juego de vendas hasta 6 meses, dependiendo de la frecuencia con la que realicemos la cura. Se pueden lavar hasta 15 veces cada venda. Con esto vemos lo que podemos ahorrar en comparación con vendas o kit de un solo uso.

2 Objetivos

Objetivo:

- Dar a conocer la terapia compresiva como técnica Gold Standard para la insuficiencia venosa.
- Mostrar las características, indicaciones y contraindicaciones de este tipo de terapia.
- Demostrar, mediante el caso clínico, su utilidad.

3 Caso clínico

Caso clínico:

1. Historia o anamnesis:

Nuestra paciente se trata de una mujer de 85 años con los siguientes antecedentes personales:

- Alergia a la penicilina.
- Hipertensión desde 2014 con buen control.
- Dislipemia.
- Diabetes Mellitus tipo 2 de 10 años de evolución aproximadamente, actualmente con buen control.

- Varices tronculares.
- Tto habitual: o Janumet 10: 1/24 h, o Jardiance 1/24 h, o Simvastatina 10: 0-0-1, o Balzak plus 20/12.5/5: 1-0-0
- Nefro/urologicos: Función renal normal. ITUs ocasionales.
- Al realizar la valoración observamos que es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (KATZ/LAWTON Y BRODY).
- En la actualidad, con depresión establecida según escala Yesavage. Refiere que la lesión le cambió la vida “me impide salir a la calle” “todo el mundo me pregunta” y no puede vestirse como ella desea con el deterioro de la imagen corporal que ello conlleva.

2. Exploración Física:

- Miembros inferiores: pulsos conservados a todos los niveles.
- Miembro inferior izquierdo: úlcera en maleolo interno, granuladas sin signos de inflamación sin exudado abundante. Presenta abundantes escamas de piel que se retiran. Varices tronculares, dermatitis ocre en el resto de la pierna.
- Diagnóstico de enfermedad venosa crónica clase 6 de CEAP.

3. Exploraciones Complementarias (revisión vascular):

- Índice Tobillo/Brazo o Miembro inferior derecho: 1 o Miembro inferior izquierdo: 1.1
- Pletismografía arterial con onda distal conservada.
- Eco-Doppler venoso de miembros inferiores: Permeabilidad y suficiencia del sistema venoso profundo e insuficiencia de ambas Safenas internas.

4. Tratamiento y evolución:

En los 15 meses de evolución de la herida se utilizaron innumerables apósitos y vendas tanto elásticas como cohesivas en las que no hay seguridad de compresión. Es una lesión predominantemente venosa.

Teniendo en cuenta los antecedentes, su estado basal y las exploraciones complementarias y físicas, vemos que la compresión es el tratamiento de elección atendiendo a la bibliografía.

Utilizamos una venda de 8 cm + 10 cm aportando una presión de unos 20 mm Hg en espiga (atendiendo al cuadro de equivalencias).

A partir de la tercera semana aumentamos la presión añadiendo una venda de 10 cm (espiga), estando en términos de entorno a los 40 mmHg, que toleró satisfactoriamente.

A continuación, mostramos las fotos desde que tomamos la decisión en nuestro plan de cuidados (DXE Deterioro de la integridad cutánea) de comenzar con el tratamiento con vendas de corta tracción.

¿Cómo realizamos la cura? Procedemos a la limpieza de la pierna, realizamos

fomentos de polihexanida biguanida durante 20 minutos, crema de zinc en bordes y una vez realizada la higiene de la extremidad aplicamos crema emoliente. En lecho utilizaremos apósito de carbón activado como apósito primario, utilizando un alginato de secundario.

4 Discusión-Conclusión

Como se puede observar en la descripción de este caso clínico, esta paciente ha sido tratada durante más de 15 meses con todo tipo de vendas y apósitos sin ningún éxito.

Gracias a la terapia compresiva y a su aplicación (demostrada por la evidencia científica como técnica Gold Standard en este tipo de patología), se consigue no solo cerrar heridas, sino mejorar la calidad de vida del paciente.

Es importante que los profesionales de enfermería trabajen basándose en la evidencia científica disponible, no solo para tener un criterio con rigor científico, sino porque lo principal, que es la calidad de vida del paciente, mejorará.

5 Bibliografía

1. Lafuente Peris M. Revisión bibliográfica de la técnica compresiva monocapa y terapia de compresión multicapa para el tratamiento de úlceras venosas. junio de 2022 [citado 16 de marzo de 2023]; Disponible en: <http://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/1477>.
2. Lozano Alonso S, Juez Jiménez M, Ania Melón J, Barroso Esteban C, Juez Jiménez Á, Lozano Ruiz M. Tipos de terapia compresiva para prevención y tratamiento de úlceras vasculares. *Rev Sanit Investig*. 2021;2(2):11.
3. Sánchez Ortega D, Lasheras Uriel AS, Redondo Benito NS, Yagüe Nogué M, Ruiz Lorente S. Terapia compresiva como tratamiento de una úlcera venosa. A propósito de un caso. *Rev Sanit Investig*. 2021;2(6 (Junio)):76.
4. Conde Montero E, Serra Perrucho N, de la Cueva Dobao P. Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 1 de diciembre de 2020;111(10):829-34.
5. Partsch H, Mortimer P. Compression for leg wounds. *Br J Dermatol*. agosto de 2015;173(2):359-69.

Capítulo 89

FIBRILACIÓN AURICULAR ORIENTADA A LA ENFERMERÍA

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

1 Introducción

La fibrilación auricular (FA) es una de las arritmias cardíacas más comunes y significativas que los profesionales de enfermería pueden encontrar en su práctica clínica. Esta arritmia se caracteriza por la actividad eléctrica caótica en las aurículas del corazón, lo que resulta en una contracción irregular y a menudo rápida de las cavidades superiores del corazón. Debido a su alta prevalencia y a las potenciales complicaciones graves que puede conllevar, comprender la fibrilación auricular es esencial para los enfermeros en diversos entornos de atención médica.

En esta guía orientada a la enfermería, exploraremos en detalle los fundamentos de la fibrilación auricular, incluyendo sus causas subyacentes, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y métodos de diagnóstico comunes. Además, abordaremos el papel crucial que los enfermeros desempeñan en la identificación tem-

prana, el monitoreo continuo y la administración de cuidados efectivos a los pacientes con fibrilación auricular. Desde la educación del paciente sobre su condición hasta la coordinación de tratamientos y la prevención de complicaciones, los profesionales de enfermería tienen un papel integral en la atención integral de los pacientes con esta arritmia.

A lo largo de esta guía, proporcionaremos información práctica y orientación para ayudar a los enfermeros a comprender mejor la fibrilación auricular, sus implicaciones clínicas y cómo colaborar de manera efectiva con otros miembros del equipo de atención médica para mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes afectados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de enfermería en una fibrilación auricular.

3 Metodología

Se ha realizado una encuesta a 960 pacientes, para saber cuantos de ellos utilizan la red para informarse sobre salud y el nivel de credibilidad que le dan a la información.

También se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia cardíaca común que puede tener implicaciones graves para la salud de los pacientes. Aquí tienes información orientada a la enfermería sobre la fibrilación auricular:

1. Definición y Epidemiología: La fibrilación auricular es una arritmia caracterizada por contracciones auriculares desorganizadas e ineficaces, lo que resulta en un ritmo cardíaco irregular y a menudo rápido. Es la arritmia sostenida más común y está asociada con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otros problemas de salud.

2. Factores de Riesgo: Los factores de riesgo incluyen la edad avanzada, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas previas, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, obesidad y antecedentes familiares de arritmias.

3. Evaluación y Diagnóstico:

- Los enfermeros desempeñan un papel clave en la obtención de la historia clínica y los antecedentes médicos del paciente.
- Ayudan en la realización de electrocardiogramas (ECG) para confirmar el diagnóstico y evaluar la frecuencia y el ritmo cardíaco.
- Colaboran con el equipo médico en la interpretación de los resultados de las pruebas diagnósticas.

4. Monitorización Continua:

- Los enfermeros pueden realizar la monitorización continua de pacientes con FA para detectar cualquier cambio en el ritmo cardíaco y administrar la terapia adecuada.
- Pueden identificar síntomas de descompensación, como dificultad respiratoria y fatiga, y notificar al equipo médico.

5. Educación al Paciente:

- Los enfermeros educan a los pacientes sobre su afección, el manejo de los síntomas y la importancia de adherirse al plan de tratamiento.
- Brindan información sobre la terapia anticoagulante y la prevención de accidentes cerebrovasculares.

6. Manejo de Medicamentos:

- Los enfermeros administran medicamentos anticoagulantes y antiarrítmicos según las indicaciones del médico.
- Monitorizan los efectos secundarios y las reacciones adversas de los medicamentos y notifican al médico si es necesario.

7. Apoyo Emocional:

- Los enfermeros brindan apoyo emocional a los pacientes, ya que la FA puede ser una condición preocupante y estresante.
- Responden a las preocupaciones del paciente y proporcionan información tranquilizadora sobre el pronóstico y el tratamiento.

8. Promoción de un Estilo de Vida Saludable:

- Los enfermeros educan a los pacientes sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable, que incluya una dieta balanceada, ejercicio regular y la reducción del estrés.

9. Coordinación del Cuidado:

- Colaboran con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y continua al paciente con FA.

- Participan en la coordinación de la transición del paciente desde el hospital hasta el hogar y el seguimiento ambulatorio.

10. Seguimiento y Evaluación:

- Los enfermeros siguen el progreso del paciente a lo largo del tiempo, realizan seguimientos de rutina y ajustan el plan de cuidados según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fibrilación auricular es una arritmia cardíaca común pero potencialmente seria, y los enfermeros desempeñan un papel esencial en su abordaje y cuidado. A través de su enfoque integral y su amplio rango de responsabilidades, los enfermeros aseguran que los pacientes con fibrilación auricular reciban una atención completa y de alta calidad.

Desde la etapa de evaluación, los enfermeros se encargan de recopilar información médica y realizar electrocardiogramas para confirmar el diagnóstico y evaluar la gravedad de la arritmia. Su papel en la monitorización continua es fundamental, ya que pueden identificar cualquier cambio en el ritmo cardíaco y tomar medidas adecuadas de inmediato. Además, se encargan de educar a los pacientes sobre la naturaleza de la afección, su tratamiento y la importancia de seguir las pautas médicas.

Los enfermeros también administran medicamentos, como anticoagulantes y antiarrítmicos, y controlan cualquier efecto secundario o reacción adversa. Esta administración cuidadosa y su seguimiento meticuloso son esenciales para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento adecuado sin complicaciones.

Además de las responsabilidades clínicas, los enfermeros desempeñan un papel de apoyo emocional para los pacientes que a menudo enfrentan una afección preocupante. Proporcionan información tranquilizadora, responden a preguntas y alivian las preocupaciones de los pacientes, contribuyendo a su bienestar emocional y mental.

La promoción de un estilo de vida saludable también es parte central del papel de los enfermeros en la atención de la fibrilación auricular. Educan a los pacientes sobre la importancia de mantener una dieta equilibrada, hacer ejercicio regularmente y reducir el estrés, lo que puede tener un impacto positivo en la gestión de la arritmia y en la salud cardiovascular en general.

En última instancia, los enfermeros desempeñan un papel clave en la coordi-

nación del cuidado multidisciplinario. Colaboran estrechamente con médicos, especialistas y otros profesionales de la salud para garantizar que los pacientes reciban un enfoque holístico y completo en su atención. Su seguimiento constante y su adaptación a las necesidades cambiantes de los pacientes contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de aquellos que enfrentan la fibrilación auricular.

6 Bibliografía

1. "Manual de Enfermería en Cardiología" de Patricia Molina S. y Mariano Proven-
cio.
2. "Enfermería en Cardiología" de Ismael García Justicia y Josefa María Panisello
Royo.

Capítulo 90

INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ENCOPRESIS

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

1 Introducción

La encopresis, definida por la evacuación fecal repetida e involuntaria en lugares inapropiados después de la edad convencionalmente esperada para el control de esfínteres, puede tener sus raíces en diversas causas, ya sean médicas, psicológicas o conductuales. En este contexto, los profesionales de enfermería ocupan una posición de gran relevancia al contribuir significativamente en la identificación precoz, la evaluación precisa y el diseño de estrategias de tratamiento altamente individualizadas para asistir a los niños afectados y a sus familias en la superación de los desafíos físicos y emocionales vinculados a esta condición.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de enfermería en la encopresis.

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La intervención del profesional de enfermería en casos de encopresis, que es la evacuación voluntaria o involuntaria de heces en lugares inapropiados después de la edad en que se espera el control de esfínteres, es crucial para brindar apoyo tanto al niño como a su familia. Aquí hay algunos posibles enfoques que un profesional de enfermería podría considerar al abordar este problema:

- Evaluación Integral: Realizar una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la causa subyacente de la encopresis. Esto podría incluir una revisión del historial médico, la dieta, los hábitos de evacuación, la historia familiar y cualquier factor emocional o psicológico que podría estar contribuyendo al problema.
- Educación y Asesoramiento: Proporcionar educación a los padres y al niño sobre el proceso normal de control de esfínteres, la importancia de una dieta equilibrada rica en fibra y la necesidad de mantener una rutina regular de evacuación. También se puede brindar asesoramiento sobre técnicas de manejo conductual y cómo lidiar con la encopresis de manera positiva.
- Cambios en la Dieta: Recomendar cambios en la dieta para incluir alimentos ricos en fibra, como frutas, verduras y cereales integrales. Una dieta adecuada puede ayudar a prevenir el estreñimiento, que a menudo está asociado con la encopresis.
- Entrenamiento del Inodoro: Brindar orientación sobre las técnicas adecuadas de entrenamiento del inodoro. Esto puede incluir establecer horarios regulares para intentar evacuar, animar al niño a usar el inodoro en momentos específicos después de las comidas y ofrecer recompensas o elogios por los intentos exitosos.
- Manejo Conductual: Ayudar a los padres a establecer un sistema de recompensas y refuerzos positivos para motivar al niño a utilizar el inodoro de manera apropiada. Esto podría incluir un sistema de tablas de recompensas o fichas por cada vez que el niño tenga éxito en la evacuación en el inodoro.
- Apoyo Emocional: Brindar apoyo emocional tanto al niño como a la familia. La encopresis puede ser embarazosa y angustiante para el niño, por lo que es

esencial crear un entorno de apoyo y comprensión.

- Colaboración Multidisciplinaria: En casos más complejos, colaborar con otros profesionales de la salud, como pediatras, psicólogos o gastroenterólogos, para abordar todas las dimensiones del problema de manera integral.
- Seguimiento y Evaluación: Hacer un seguimiento regular para evaluar el progreso y realizar ajustes en el plan de intervención según sea necesario. Celebrar los logros y proporcionar orientación continua para abordar los desafíos restantes.

Recuerda que cada niño es único y puede requerir un enfoque individualizado en función de sus necesidades y circunstancias. Es fundamental mantener una comunicación abierta con los padres y cuidadores para garantizar una colaboración efectiva en el manejo de la encopresis.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la intervención del profesional de enfermería en casos de encopresis desempeña un papel fundamental en el apoyo tanto al niño como a su familia. La encopresis puede ser un desafío emocional y físico, pero con un enfoque integral y personalizado, es posible abordar sus causas subyacentes y ayudar al niño a desarrollar hábitos saludables de control de esfínteres. A través de la educación, el asesoramiento, los cambios en la dieta, el entrenamiento del inodoro, el manejo conductual y el apoyo emocional, el profesional de enfermería puede ser un aliado crucial en el proceso de superar este problema. Al trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud y manteniendo una comunicación constante con los padres, se puede lograr un enfoque integral y exitoso para el manejo de la encopresis, brindando a los niños y sus familias la ayuda que necesitan para superar este desafío y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Pediátrica" por Lucía de la Calle Maíz y María González Martínez.
2. "Enfermería Pediátrica: Cuidados de Enfermería a niños y adolescentes" por Margarita Medina García y María Guadalupe Aguilera Cervantes.
3. "Cuidados de Enfermería al niño con problemas de eliminación" por María Isabel Martínez Martínez y Lourdes Ortiz Rojas.
4. "Cuidados de Enfermería en Pediatría" por Eva María Ortiz León y María Isabel Díaz Coca.

5. "Manual de Enfermería Pediátrica" por Josefa González Sanz y Pilar Menéndez de la Cuesta.

Capítulo 91

INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ENCOPRESIS

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

1 Introducción

La encopresis es un desafío de salud que puede afectar tanto a niños como a adolescentes, y requiere una atención integral por parte de los profesionales de enfermería. Este trastorno se caracteriza por la eliminación repetida de heces en lugares inapropiados, ya sea de manera involuntaria o intencionada, después de la edad en que se espera que el niño haya aprendido a controlar sus funciones intestinales. La intervención del profesional de enfermería desempeña un papel crucial en abordar este problema de manera efectiva, brindando cuidados comprensivos y apoyo tanto al paciente como a su familia.

La labor del profesional de enfermería en casos de encopresis implica diversos aspectos, como la evaluación exhaustiva del paciente para identificar factores contribuyentes, como problemas médicos subyacentes, factores emocionales o situacionales. Además, se requiere una comunicación empática y cuidadosa con el niño y su familia para comprender sus preocupaciones y desafíos.

El diseño de un plan de cuidados individualizado es esencial para abordar las necesidades específicas de cada paciente. Esto puede incluir estrategias educativas para el paciente y la familia sobre la higiene intestinal, la importancia de una dieta balanceada y la instauración de hábitos regulares de defecación. El profesional de enfermería también puede colaborar con otros miembros del equipo de salud, como psicólogos o médicos, para garantizar un enfoque integral.

El apoyo emocional es igualmente esencial. El estigma asociado a la encopresis puede afectar el bienestar psicológico del niño y su familia. El profesional de enfermería puede desempeñar un papel fundamental al proporcionar un espacio seguro para expresar sus emociones, abordar preocupaciones y promover la autoestima.

2 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scielo y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

3 Resultados

La intervención del profesional de enfermería en casos de encopresis, que es la eliminación incontrolada de heces en niños que ya deberían haber adquirido el control de esfínteres, es un proceso integral que implica varios aspectos:

1. Realizar una evaluación detallada de la historia clínica y contextual de cada paciente con encopresis, identificando factores médicos, emocionales y ambientales que puedan contribuir al problema.
2. Elaborar planes de cuidados adaptados a las necesidades únicas de cada paciente, considerando su edad, nivel de desarrollo, factores emocionales y médicos subyacentes.

A continuación, se exponen una serie de posibles intervenciones que un profesional de enfermería podría realizar en casos de encopresis:

- Evaluación y diagnóstico:

El enfermero(a) deberá llevar a cabo una evaluación completa del paciente, incluyendo la historia clínica, hábitos de eliminación, alimentación, factores emocionales y familiares. Un diagnóstico preciso es crucial para determinar la causa subyacente de la encopresis y diseñar un plan de tratamiento efectivo.

- Educación a los padres y cuidadores:

El profesional de enfermería puede proporcionar información detallada a los padres o cuidadores sobre la encopresis, sus posibles causas y cómo abordarla de manera efectiva. Esto puede incluir explicar la importancia de la consistencia en la rutina de eliminación, una dieta equilibrada y cómo manejar las situaciones emocionales relacionadas con la encopresis.

- Modificación de la dieta:

El enfermero(a) puede asesorar sobre la importancia de una dieta rica en fibra y líquidos para promover una evacuación regular y evitar el estreñimiento. También pueden ofrecer pautas específicas sobre qué alimentos incluir en la dieta y cómo evitar alimentos que puedan empeorar la situación.

- Establecimiento de una rutina:

Ayudar a establecer una rutina regular para la eliminación puede ser esencial. El profesional de enfermería puede trabajar junto con los padres para desarrollar un horario fijo para las comidas y el tiempo en el baño, lo que puede ayudar al cuerpo del niño a establecer patrones regulares.

- Refuerzo positivo:

La enfermería puede ayudar a implementar un sistema de refuerzo positivo, donde se elogia y recompensa al niño por usar el baño de manera apropiada. Esto puede aumentar la motivación del niño y fomentar el comportamiento deseado.

- Entrenamiento de baño:

El profesional de enfermería puede brindar orientación sobre técnicas de entrenamiento de baño, como utilizar un reloj para recordar al niño cuándo es hora de intentar ir al baño, y cómo hacer que el proceso sea menos estresante y más divertido.

- Apoyo emocional:

La encopresis puede ser emocionalmente desafiante tanto para el niño como para la familia. El profesional de enfermería puede ofrecer apoyo emocional a ambos, ayudando a manejar la frustración, la vergüenza y el estrés asociados con la situación.

- Colaboración con otros profesionales de la salud:

En casos más complejos, el profesional de enfermería puede trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud, como médicos, psicólogos o terapeutas ocupacionales, para abordar de manera integral todos los aspectos de la encopresis. Recuerda que cada caso de encopresis puede ser único, por lo que las intervenciones específicas pueden variar según las necesidades individuales del paciente y su familia. Si estás buscando ayuda para un caso particular, es importante consultar con un profesional de salud para obtener orientación específica y personalizada.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, la intervención del profesional de enfermería en casos de encopresis es un proceso multifacético que abarca desde la evaluación inicial hasta la implementación de estrategias de tratamiento efectivas. A través de la educación a los padres, la modificación de la dieta, el establecimiento de rutinas regulares, el refuerzo positivo y el apoyo emocional, el profesional de enfermería desempeña un papel crucial en ayudar a los niños y sus familias a superar los desafíos asociados con la encopresis.

La colaboración con otros profesionales de la salud puede ser necesaria en casos más complejos, para garantizar un enfoque integral y holístico.

Cada niño es único, por lo que las intervenciones deben adaptarse a las necesidades individuales, con el objetivo de promover la salud emocional y física del niño y contribuir a un desarrollo saludable en su camino hacia el control de esfínteres.

5 Bibliografía

1. Encopresis en la infancia: abordaje y tratamiento. Autor: Alejandra B. Mena Naranjo.
2. Encopresis infantil: guía para padres y profesionales. Autor: Santiago Grau.
3. Enfermería pediátrica: Cuidados de Enfermería al niño con encopresis. Autora: Karla Fabiola Vega Montes.

Capítulo 92

INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ENURESIS

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

1 Introducción

En el vasto espectro de desafíos que pueden afectar la salud infantil, la enuresis emerge como un problema que puede tener un impacto profundo en la vida cotidiana de los niños y sus familias. La enuresis, caracterizada por la emisión involuntaria de orina durante la noche en niños que ya deberían haber alcanzado un control consciente de la vejiga, trasciende los límites de lo meramente fisiológico para adentrarse en lo emocional, lo social y lo psicológico. En este contexto, la intervención del profesional de enfermería se convierte en un componente esencial para abordar esta situación de manera integral y compasiva. La enuresis puede generar sentimientos de vergüenza, frustración y baja autoestima en los niños que la padecen, afectando su confianza y su percepción de sí mismos. En este sentido, el profesional de enfermería no solo se convierte en un especialista en aspectos médicos, sino también en un apoyo emocional clave. A

través de la empatía y la creación de un espacio seguro para la expresión de sentimientos, el enfermero o enfermera puede establecer una conexión significativa con el niño, ayudándolo a comprender que no está solo en esta situación y que existe ayuda disponible.

La intervención del profesional de enfermería en enuresis no solo se limita al ámbito emocional, sino que abarca una gama de estrategias prácticas y educativas. La educación desempeña un papel fundamental al informar tanto al niño como a su familia sobre la naturaleza de la enuresis, los posibles factores desencadenantes y las opciones de tratamiento disponibles. Al empoderar a la familia con conocimiento, se crea una base sólida para la colaboración en el manejo de la condición.

Además, el profesional de enfermería puede desempeñar un papel central en el diseño de estrategias de manejo personalizado. Estas estrategias pueden incluir cambios en la dieta y la hidratación, la implementación de horarios regulares para la micción, técnicas de alarma nocturna para despertar al niño en caso de necesidad y la exploración de terapias conductuales. La elección de la estrategia adecuada dependerá de las características individuales de cada niño y su entorno.

2 Objetivos

- Exponer la definición de la enuresis, sus causas y opciones de tratamiento, reduciendo el estigma y fomentando la búsqueda de ayuda.
- Mostrar las pautas para capacitar a los niños para que manejen su enuresis, reconociendo señales y adoptando hábitos de control.

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scielo y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La enuresis, también conocida como "mojar la cama", se refiere a la incapacidad de controlar la micción durante la noche en niños que ya deberían haber adquirido este control. La intervención del profesional de enfermería en casos

de enuresis puede ser fundamental para ayudar a los niños y sus familias a abordar y manejar este problema. Aquí hay algunas estrategias y acciones que un profesional de enfermería podría llevar a cabo:

- Evaluación y Educación:

El profesional de enfermería puede realizar una evaluación exhaustiva del paciente, incluyendo la historia médica, los hábitos de micción, la rutina diaria y los factores emocionales. Luego, puede proporcionar información educativa a los padres y al niño sobre la enuresis, explicando que es un problema común y que existen opciones de tratamiento disponibles.

- Consejería y Apoyo Psicológico:

La enuresis puede tener un impacto emocional en el niño y su familia. El profesional de enfermería puede ofrecer consejería y apoyo psicológico para abordar cualquier ansiedad, vergüenza o preocupación que el niño pueda sentir. Ayudar a la familia a entender que la enuresis no es culpa del niño y que se puede manejar de manera efectiva puede ser muy beneficioso.

- Establecimiento de Rutinas:

El profesional de enfermería puede ayudar a establecer rutinas regulares de micción y hábitos antes de acostarse. Esto podría incluir limitar la ingesta de líquidos antes de dormir y alentar al niño a orinar antes de acostarse.

- Alarmas de Enuresis:

Las alarmas de enuresis son dispositivos que se activan cuando el niño comienza a orinar durante la noche. Estas alarmas pueden ayudar a condicionar al niño a despertarse cuando siente la necesidad de orinar. El profesional de enfermería puede explicar cómo funciona la alarma y proporcionar orientación sobre su uso.

- Terapia de Modificación de Conducta:

El profesional de enfermería puede colaborar con los padres para implementar estrategias de modificación de conducta, como recompensas por no mojar la cama y elogios por los logros. Esto puede motivar al niño y reforzar el comportamiento deseado.

- Tratamientos Farmacológicos:

En algunos casos, los médicos pueden prescribir medicamentos para tratar la enuresis. El profesional de enfermería puede explicar los beneficios y riesgos de estos medicamentos, así como proporcionar instrucciones sobre su administración.

- Seguimiento Continuo:

El profesional de enfermería puede mantener un seguimiento regular con el niño y su familia para evaluar el progreso y hacer ajustes en el plan de intervención según sea necesario. La enuresis puede ser un proceso gradual y el apoyo con-

stante puede ser clave para el éxito.

Recuerda que cada niño es único y puede requerir un enfoque individualizado en su intervención. Es importante que el profesional de enfermería colabore estrechamente con el niño, sus padres y otros profesionales de la salud, como médicos y psicólogos, para proporcionar una atención integral y efectiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la intervención del profesional de enfermería en casos de enuresis es esencial para brindar apoyo integral a los niños y sus familias que enfrentan este desafío. A través de una evaluación minuciosa, educación, consejería emocional y la implementación de estrategias específicas, el profesional de enfermería puede ayudar a abordar tanto los aspectos médicos como emocionales de la enuresis.

Al trabajar en colaboración con los padres y otros profesionales de la salud, se puede lograr un enfoque holístico que fomente la comprensión, la comunicación y la implementación de medidas efectivas para manejar y superar la enuresis. La paciencia, el apoyo continuo y la adaptabilidad son fundamentales en este proceso, ya que cada niño tiene necesidades únicas y un ritmo de progreso individual.

La intervención del profesional de enfermería no solo busca abordar el problema en sí, sino también mitigar cualquier impacto emocional negativo y empoderar a la familia con las herramientas necesarias para superar esta fase de la vida del niño.

6 Bibliografía

1. Enfermería Pediátrica. De Patricia Richardson.
2. Cuidados de Enfermería en la Infancia y Adolescencia. De María José Martínez-Rodríguez y María Teresa Horrillo-Jiménez.
3. Enfermería Pediátrica: Cuidados Del Niño Hospitalizado. De María Elena González-Rodríguez.

Capítulo 93

CAUSAS Y SITUACIONES ESPECIALES QUE MODIFICAN EL INR EN EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES

MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA

ESTHER GONZÁLEZ NIETO

SARA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

Los anticoagulantes orales (ACO) son fármacos que impiden la coagulación sanguínea, pero no lisan aquellos coágulos que ya están formados.

Los ACO actúan directamente sobre factores que participan en la coagulación sanguínea: inhiben la γ -carboxilación de los factores de la vitamina K dependientes, FVII, FIX, FX, FII y las proteínas anticoagulantes C y S, al impedir la transformación de la vitamina K y su forma activa (hidroquinona). Están indicados para la prevención o el tratamiento de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto o arritmias cardíacas, por ejemplo. En el mercado hay diferentes tipos de ACO, entre los que encontramos el Acenocumarol y Aldocumar, que precisan de controles periódicos por tener un margen terapéutico estrecho. También están los denominados nuevos anticoagulantes orales, que no precisan de un seguimiento tan estricto y periódico (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán...).

La dosificación del fármaco se realiza a través de una única dosis diaria, siempre a la misma hora, preferiblemente por la tarde. Para su dosificación se calcula la dosis total semanal, que es la suma de las diferentes dosis diarias en una semana. Los ACO tienen una monitorización farmacodinámica, y necesitan controles analíticos frecuentes para un buen manejo por varios factores: la variabilidad individual relacionada con la diferente absorción, el aclaramiento metabólico y la hemostática de cada individuo; y por factores externos: interacciones farmacológicas, la dieta y la adherencia terapéutica.

El parámetro utilizado para esta monitorización es el INR, que es el Coeficiente(ratio) normalizado internacional. Y la monitorización se basa en disminuir la dosis en aquellos casos en los que el INR es superior al recomendado, por el riesgo hemorrágico. Y aumentar la dosis en aquellos casos en los que el INR es inferior al rango recomendado, por riesgo de embolismo.

Las modificaciones en la dosis no se verán en el INR hasta pasadas las 36-48 horas, con efecto máximo a las 72-96 horas, dada la vida media de los factores afectados y del anticoagulante utilizado.

2 Objetivos

- Describir y explicar la acción y manejo desde la consulta de enfermería de los anticoagulantes orales
- Analizar las causas que modifican el INR para poder tener un buen manejo desde la consulta de enfermería
- Conocer las situaciones especiales que nos podemos encontrar en el paciente con anticoagulantes orales desde la consulta de enfermería

3 Metodología

La metodología utilizada ha sido la revisión bibliográfica de la evidencia disponible y una búsqueda sistemática de información sobre los anticoagulantes orales y aquellas situaciones que puedan influir en su manejo y monitorización. Los artículos seleccionados se encuadran en un rango cronológico que abarca los diez últimos años. Las bases de datos utilizadas han sido Google Académico, Pubmed y Scielo, con tesaurus seleccionado de DeCs y MeSh.

4 Resultados

Los ACO son fármacos con un estrecho margen terapéutico, y son varias las causas que pueden modificar el INR.

El motivo más frecuente es la mala adherencia terapéutica que desemboca en el olvido de la toma de dosis. También es debido a problemas derivados de la determinación del INR por punción digital y análisis con coagulómetro.

La mayoría de los fármacos pueden interferir potenciando o inhibiendo a los ACO, por lo que es importante, cuando se va a introducir un nuevo fármaco de manera crónica, hacerlo 5 o 6 días antes del control, para que se vea reflejado su efecto en el mismo.

Los cambios en la dieta también son un factor importante a tener en cuenta, especialmente las variaciones en los alimentos ricos en vitamina K, se recomienda que estas cantidades sean más o menos constantes.

El alcohol potencia el efecto de los ACO, al igual que la diarrea, la malabsorción y otras alteraciones de la flora intestinal por disminuir la síntesis de vitamina K. La fiebre, el estrés y el hipotiroidismo también influye en la potenciación del efecto de los ACO al aumentar el catabolismo de los factores de coagulación, así como la insuficiencia renal y hepática. Mientras que la reversión de la congestión hepática que se produce al tratar la insuficiencia cardiaca congestiva aumenta la síntesis de factores de coagulación por lo que disminuye el efecto de los ACO. El embarazo también disminuye su efecto por la misma causa.

Las situaciones especiales que nos podemos encontrar en la consulta de enfermería con aquellos pacientes que toman anticoagulantes orales son diversas:

-Exodoncia: se realizará una determinación del INR entre 24-48 horas antes del procedimiento para hacer correcciones en la dosificación en el caso de ser necesario.

-Sangrado: el sangrado en los pacientes que toman ACO es relativamente frecuente, pero en pocas ocasiones está relacionado con un INR alto, como es el caso de los hematomas, que solo precisan valoración cuando son extensos o secundarios a un traumatismo.

En el caso de la epistaxis o de la gingivorragia no requiere medidas especiales si el INR está entre 1.9 y 2.5, en el caso de la gingivorragia se recomiendan enjuagues con ácido tranexámico cada 2 horas y alimentación blanda y a temperatura ambiente. Es cuando el INR > 2.5 cuando es precisa la valoración médica.

Si hay manifestaciones hemorrágicas importantes como hematuria, hematemesis, hemoptisis, rectorragia o melenas es necesaria valoración por el médico de familia para valorar si es precisa la derivación hospitalaria.

-Endoscopia e intervención quirúrgica: se retira días previos al procedimiento el ACO, y se indica la fecha para la reintroducción. Se indicará la fecha de retirada y cuál es la profilaxis más adecuada previa y post-procedimiento, en el caso de ser una intervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

La determinación del INR para la monitorización del tratamiento en las personas que toman anticoagulantes orales es una práctica que supone un peso importante en la consulta de enfermería de Atención Primaria. Por lo que es de gran importancia para estos profesionales conocer cuáles son los factores que influyen y modifican el efecto del fármaco, así como las situaciones especiales con las que se pueden encontrar para tener un buen control y manejo de estos pacientes.

Es importante tener en cuenta todos estos factores, ya que en ocasiones los enfermeros de Atención Primaria son el punto de unión entre la persona anticoagulada, que aporta la información, y el servicio de hematología o el médico de familia, que realizan la dosificación y validación de las dosis. Sin olvidarnos de la importancia que está adquiriendo la figura enfermera en el mundo de los ACO, ya que algunas Comunidades Autónomas, y cumpliendo una serie de requisitos, son las que se encargan de la validación de las pautas entregadas a estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Berkovits A, Mezzano D. Nuevos anticoagulantes orales: actualización. Rev Chil Cardiol 2017; 36: 254 – 263.
2. Ávila M, Papuzinski C, Ahumada S, Vidal C. Factores asociados a INR fuera de rango terapéutico en usuarios de terapia anticoagulante oral con antagonistas de vitamina K. Rev Chil Cardiol 2014; 33: 33-37.
3. Avila CW, Aliti GB, Feijo MK, Rabelo ER. Pharmacological adherence to oral anticoagulant and factors that influence the international normalized ratio stability. Revista latino-americana de enfermagem. 2011;19:18-25.

Capítulo 94

CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA AL PACIENTE PORTADOR DE SONDA VESICAL PERMANENTE. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

MARÍA DOLORES GALLEGO ROSA

GONZALO ALARCÓN CARRERES

CORAL GARCÍA GUIJARRO

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

1 Introducción

El sondaje vesical es la “técnica invasiva consistente en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos. El catéter urinario (CU) es el dispositivo que se emplea para realizar el sondaje vesical”.

Existen varios tipos de sondaje vesical en función de su duración:

- Intermitente: La sonda se introduce en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina, siendo retirada inmediatamente después de alcanzar dicho vaciado.
- Permanente de larga duración: La sonda es mantenida en su lugar más de 30 días.
- Permanente de corta duración: Duración menor a 30 días.

También existen diversos tipos de sondas vesicales, clasificadas según diferentes características:

- Composición: látex, Silicona, Cloruro de Polivinilo (PVC) y Poliuretano.
- Diseño de la punta: Tiemann, Foley, Mercier, Dufour y Couvelaire.
- Calibre: Se mide en la escala francesa o de Charriere (CH). Los más frecuentes en mujeres son CH 14 y 16, y en hombres CH 16 y 18.
- Longitud: En el caso del sondaje intermitente, serán de 20 cm para mujeres y de 40 cm para hombres.

Y diferentes tipos de sistema de drenaje:

- Abierto: Es preciso desconectar la bolsa de la sonda para vaciar el contenido.
- Cerrado: La bolsa dispone de un grifo o llave a través de la cual se puede vaciar el contenido. No es necesaria la desconexión.

El sondaje vesical se trata de una técnica realizada mayoritariamente a nivel hospitalario, pero desde atención primaria, es frecuente tratar pacientes portadores de sonda vesical permanente. Estudios demuestran que existen altas tasas de complicaciones producidas en el domicilio derivadas del uso de este tipo de catéter.

Dichas complicaciones son entre otras:

- Infección del tracto urinario asociada al catéter (la más común).
- Síndrome de la bolsa de orina púrpura.
- Obstrucciones del catéter.
- Espasmos de la vejiga (causando dolor y pérdida de orina).
- Pérdida de la capacidad de la vejiga.
- Erosión uretral ("hipospatias del catéter") y dilatación de la salida de la vejiga.
- Inflamación crónica, metaplasia y riesgo de cáncer.

La correcta formación del profesional de Enfermería de Atención Primaria en lo referente a la prevención y control de estas complicaciones, así como la educación a los pacientes y cuidadores, forman parte de un conjunto de medidas indispensables para el adecuado manejo del paciente portador de catéter urinario, por este motivo, planteamos una revisión bibliográfica de la literatura actual sobre este tema.

2 Objetivos

Principal:

- Identificar los cuidados del CU permanente por parte del profesional de Enfermería de Atención Primaria.

Secundario:

- Conocer las recomendaciones que se deben ofrecer a los pacientes portadores de sondaje vesical permanente y a sus cuidadores.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con la finalidad de obtener y contrastar información de artículos encontrados en las bases de datos PubMed y Google académico. Además, hemos apoyado la búsqueda con protocolos elaborados por el Ministerio de Sanidad, la Asociación Española de Enfermería en Urología, el Servicio de Salud de Castilla y León y el Servicio Andaluz de Salud.

4 Resultados

De la revisión bibliográfica realizada extraemos los siguientes resultados:

- Con respecto al tipo de sondaje vesical:

Será permanente cuando el SV intermitente no sea factible.

El SV permanente presenta una serie de complicaciones que se incrementan a medida que el catéter permanece situado en la vejiga del paciente, es por ello que, únicamente, debe emplearse en aquellos casos en los que el SV intermitente no sea posible.

- En relación a las características del CU:

El material adecuado para este tipo de sondaje es la silicona, pues tiene una mayor resistencia a las torceduras y a igual calibre, tiene mejores propiedades de flujo en comparación con los catéteres de látex.

El calibre apropiado será el más pequeño que permita cumplir su función.

- En cuanto a la fijación del CU:

En las personas encamadas es aconsejable sujetar la sonda en la zona baja del abdomen, de forma que haga una ligera curva hacia el fémur.

En los pacientes que deambulan, se ha de fijar en la cara anterior del muslo. De esta forma se evita la tracción uretral y el movimiento del catéter.

- Con respecto al cambio del catéter urinario:

Se realizará el reemplazo según indicaciones clínicas, como infección u obstrucción, o cuando lo indique el fabricante. No se recomienda el cambio a intervalos fijos.

- Atendiendo al sistema de drenaje:

Será cerrado siempre que sea posible.

Este sistema dispone de una válvula de vaciamiento por lo que evita la acumulación de la orina en tubo de drenaje y, en consecuencia, el ascenso de las bacterias a la vejiga. Además, no es necesario desconectarlo para variar su contenido.

- En relación con la ubicación correcta del sistema de drenaje:

La bolsa colectora debe permanecer siempre por debajo de la vejiga y nunca apoyada en suelo para minimizar el riesgo de infección.

Se recomienda cambiar la bolsa de lado diariamente cuando los pacientes permanezcan encamados.

En el caso de los pacientes que utilizan bolsas de recogida de orina de pierna, la deben situar a la altura del gemelo.

- Con respecto al vaciado y cambios de la bolsa colectora:

Se evacuará su contenido cuando no haya alcanzado aún los 2/3 de su capacidad. Con esta medida se evita por un lado que la orina rebosa y pueda retroceder hacia la vejiga, y por otro, que se produzca tracción del catéter debido al peso acumulado.

Se cambiará la bolsa colectora siempre que se reemplace la sonda vesical. También cuando se rompa, se acumulen sedimentos en exceso o cuando el olor sea desagradable.

En el caso de bolsa recogida de pierna, se realizará el cambio cada 5 o 7 días o antes en los mismos casos que el tipo de bolsa colectora anterior.

- En cuanto al balón:

Se utilizará agua estéril para su llenado.

No está indicado el uso de suero fisiológico debido al riesgo de que se formen cristales que puedan obstruir el conducto de llenado.

En el caso de las sondas de silicona, se comprobará el correcto inflado del globo cada dos semanas, pues pueden perder parte de su contenido con el paso de los días.

- Atendiendo a las recomendaciones de cuidados que se deben ofrecer para el correcto manejo del CU en el domicilio:

La higiene diaria se realizará con agua y jabón. No está demostrado que el uso de antisépticos de manera rutinaria evite la infección, de hecho, puede dar lugar al desarrollo de bacterias resistentes en el meato.

Tras el aseo se movilizará la sonda en sentido rotatorio para impedir incrustaciones y lesiones por decúbito.

Se mostrará como se realiza la correcta fijación del CU y se adiestrará para hacerlo, de forma que se eviten acodaduras y lesiones.

También se indicarán los lugares adecuados para ubicar la bolsa colectora, así como el momento adecuado para su vaciado.

Se explicará que el grifo del sistema de drenaje no debe tocar en ningún momento el recipiente con el que se recoge su contenido.

- En relación a la información ha de facilitar la Enfermera al paciente y/o cuidadores:

Se insistirá sobre la importancia del correcto manejo de CU, explicando posibles complicaciones.

Se explicarán signos y síntomas de alarma ante los que consultar: fiebre, sangre, obstrucción o salida accidental de la sonda. También se incidirá sobre aquellos que forman parte de la normalidad, como los espasmos vesicales o la presencia de sangre en la orina tras realizar esfuerzos.

Se darán recomendaciones acerca de la alimentación y la ingesta de fluidos: tomar cítricos y fibra, y aumentar la ingesta de líquidos si no existe contraindicación.

Se reforzará la información ofrecida de forma periódica.

5 Discusión-Conclusión

El uso del sondaje vesical a largo plazo se trata de una técnica no exenta de complicaciones. Debido a la frecuencia con la que se emplea, genera gran cantidad de consultas y un importante coste económico.

Es necesario adoptar todas aquellas medidas que contribuyan a la disminución de la aparición de complicaciones. En este punto juega un papel decisivo el profesional de Enfermería de Atención Primaria, por lo que se hace imprescindible su constante formación.

No existe un procedimiento normalizado y común para el manejo de la sonda vesical, lo que aumenta la variabilidad en la actuación enfermera y en consecuencia el riesgo de aparición de complicaciones. Es esencial la búsqueda de evidencia científica que permita unificar los cuidados.

Cuando un paciente se encuentra en el domicilio, es él y/o sus cuidadores los que se encargan del correcto mantenimiento del catéter urinario. Es labor de la Enfermera de Atención Primaria realizar intervenciones que los capaciten para realizar los cuidados de manera adecuada.

Existe escasa bibliografía dedicada al manejo del sondaje vesical en Atención Primaria en comparación con la relacionada con el ámbito hospitalario, por lo que es imprescindible seguir investigando sobre ello.

6 Bibliografía

1. Abásolo Otegui I, Rezola Aldaz B, Sarasola González JC, Arrieta Genua R, Gómez Prieto Y, Múgica Echeverría A, et al. Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada. *Enfuro*. 2015;(128):4-15.
2. Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
3. Menéndez González L, González Sánchez GM. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica en Atención Primaria. *RqR Enferm Comunitaria*. 2016;4(1):28-45.
4. Reid S, Brocksom J, Hamid R, Ali A, Thiruchelvam N, Sahai A, et al. British Association of Urological Surgeons (BAUS) and Nurses (BAUN) consensus document: management of the complications of long-term indwelling catheters. *BJU Int*. diciembre de 2021;128(6):667-77.
5. Smith JM. Indwelling catheter management: from habit-based to evidence-based practice. *Ostomy Wound Manage*. diciembre de 2003;49(12):34-45.
6. Cortese YJ, Wagner VE, Tierney M, Devine D, Fogarty A. Review of Catheter-Associated Urinary Tract Infections and In Vitro Urinary Tract Models. *J Healthc Eng*. 14 de octubre de 2018;2018:e2986742.
7. Feneley RCL, Hopley IB, Wells PNT. Urinary catheters: history, current status, adverse events and research agenda. *J Med Eng Technol*. 17 de noviembre de 2015;39(8):459-70.
8. Oyorley MA, Essoun SA, Ali MA, Abdul-Rahman M, Welbeck J, Dakubo JCB, et al. Safe duration of silicon catheter replacement in urological patients. *Ghana Med J*. enero de 2023;57(1):66-74.
9. 1283125-Cuidados en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical con evidencia.pdf [Internet]. [citado 16 de agosto de 2023]. Disponible

en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2018.ficheros/1283125-Cuidados%20en%20la%20inserci%C3%B3n%20de%20mantenimiento%20y%20retrada%20del%20cat%C3%A1ter%20vesical%20con%20evidencia.pdf>

Capítulo 95

PLAN DE CUIDADOS: PACIENTE SOMETIDO A PANCREATECTOMÍA TOTAL (CLASIFICACIÓN NANDA, NOC Y NIC)

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JAVIER MARTÍN MACÍAS

LAURA CAMACHO CUESTA

JULIA LERIDA CAMUÑAS

NATALIA MARTÍN MACÍAS

1 Introducción

La pancreatectomía total es una cirugía que conlleva una serie de desafíos médicos y de enfermería significativos. Este plan de cuidados se basa en la clasificación estandarizada de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la NOC (Nursing Outcomes Classification) y la NIC (Nursing Interventions Classification) para proporcionar una atención de enfermería integral y efectiva a pacientes que han sido sometidos a una pancreatectomía total.

NANDA:

Diagnóstico de Enfermería: Alteración en el Equilibrio Nutricional: Menos de lo Requerido relacionado con la extirpación del páncreas y las alteraciones metabólicas postoperatorias.

La cirugía de pancreatometomía total puede impactar significativamente en la capacidad del paciente para digerir los alimentos y regular el azúcar en sangre, lo que aumenta el riesgo de desequilibrio nutricional. Este diagnóstico de enfermería resalta la necesidad de abordar las alteraciones nutricionales y diseñar intervenciones para mejorar la ingesta dietética y el estado nutricional del paciente.

NOC:

Resultado de Enfermería: Estado Nutricional.

El objetivo principal de este plan de cuidados es lograr un estado nutricional óptimo para el paciente después de la pancreatometomía total. Esto incluye la restauración y el mantenimiento de la ingesta adecuada de nutrientes, así como la estabilización de los niveles de glucosa en sangre.

NIC:

Intervenciones de Enfermería: Monitorización de la Glucosa en Sangre y Administración de Insulina, según sea necesario.

Dado que los pacientes sometidos a una pancreatometomía total son propensos a la alteración en los niveles de glucosa en sangre, es crucial la monitorización regular de estos niveles y la administración de insulina, si es necesaria, para mantenerlos dentro de un rango seguro.

Este plan de cuidados se enfoca en la evaluación y manejo del estado nutricional del paciente, con énfasis en la gestión de los cambios metabólicos y digestivos posteriores a la cirugía.

2 Objetivos

-Explicar el desarrollo de un plan de cuidados basado en las clasificaciones NANDA, NOC y NIC a raíz de un caso clínico.

3 Caso clínico

Historia clínica.

Paciente de 79 años que acude al centro de salud III de Ciudad Real por herida por quemadura provocada por una manta eléctrica.

Acude al centro de salud para la inspección y el diagnóstico de la lesión, la cual se valora y se observa una ampolla abierta con afectación de la integridad tisular.

Antecedentes

La paciente a tratar ha estado ingresada por pancreatitis en dos ocasiones, octubre de 2015 y junio de 2009, y debutó como diabética en mayo del 2001. Posee antecedentes familiares de diabetes por parte de padre. Además, la paciente estuvo ingresada por neumonía en marzo de 2007.

Plan de cuidados (NANDA NIC NOC).

Diagnóstico NANDA

Dominio 11: Seguridad/Protección

☒ Clase 2: Lesión física (Lesión o herida corporal)

- Deterioro de la integridad tisular→00044

1. Definición: Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, musculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

Características definitorias.

- Destrucción tisular.
- Lesión tisular.

Factores relacionados

I. Alteración del metabolismo

II. Edades extremas

III. Deterioro de la circulación

IV. Humedad

V. Volumen de líquidos insuficiente

VI. Conocimiento insuficiente sobre la protección de la integridad tisular

VII. Alteración de la sensibilidad

VIII. Deterioro de la movilidad

- Riesgo de lesión térmica→00220

1. Definición: Vulnerable a sufrir daños en la piel y las membranas mucosas debidas a temperaturas extremas, que pueden comprometer la salud.

2. Factores de riesgo:

I. Entorno inseguro

II. Falta de atención

III. Deterioro neuromuscular

IV. Supervisión insuficiente

V. Conocimiento insuficiente sobre las preocupaciones de seguridad (paciente, cuidador)

Clasificación NOC

- Curación de las quemaduras→ 1106

Definición: Grado de curación de una quemadura o Nivel I (dominios): Dominio

II: Salud fisiológica o Nivel II (clases): Clase- L o Nivel III (resultados):

I. 110606-Dolor

II. 110608- Piel con ampollas

III. 116012- Edema en la zona de la quemadura

IV. 110402- Proliferación celular

- Función sensorial→2405

Definición: Capacidad para percibir correctamente la estimulación cutánea, los sonidos, la propiocepción, el gusto y el olfato, y las imágenes visuales. o Nivel I (dominios): Dominio II: Salud fisiológica o Nivel II (clases): Clase: Función sensitiva o Nivel III (Resultados):

I. Percepción de la estimulación cutanea

- Nivel I (dominios): Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.

- Nivel II (Clases): S-Conocimientos sobre salud→Resultados que describen la comprensión de una persona a la hora de aplicar la información para favorecer, mantener o restablecer la salud

- Nivel III (resultados):

I. 1804-Conocimiento: conservación de la energía

II. 1820-Conocimiento: control de la diabetes

III. 1854-Conocimiento: dieta saludable

IV. 1855-Conocimiento: estilo de vida saludable

V. 1833-Conocimiento: manejo del cáncer

Intervenciones NIC

Cuidados de las heridas: quemaduras→ 3661

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas debidas a quemaduras y estimulación de su curación.

- Enfriar la herida con agua templada (20 °C) o solución salina en el momento de la lesión, si es posible.

- Determinar el área de entrada y salida de quemaduras eléctricas para evaluar qué órganos pueden estar afectados.

- Elevar la temperatura en el paciente con quemaduras por frío.

- Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.
- Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso.
- Retirar el vendaje/apósito exterior cortándolo y mojándolo con solución salina o agua.
- Realizar el desbridamiento de la herida, según corresponda.
- Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda.
- Colocar un apósito oclusivo sin comprimir.
- Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donante e injerto.
- Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos. Administrar gammaglobulina para evitar desplazamientos de fluidos, según corresponda.
- Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales.
- Ofrecer al paciente opciones de reparación estética. Recomendar métodos para proteger la parte afectada.
- Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados.

4 Discusión-Conclusión

En el contexto de la atención de enfermería para un paciente sometido a una pancreatectomía total, se ha desarrollado un plan de cuidados basado en la clasificación NANDA, NIC y NOC con el objetivo de abordar las necesidades específicas del paciente y promover su bienestar general.

El diagnóstico de enfermería inicial se centró en la seguridad y la protección del paciente, considerando el riesgo de lesiones físicas y de lesiones térmicas debido a las alteraciones metabólicas postoperatorias. Esto se tradujo en una serie de factores relacionados y de riesgo identificados, lo que permitió una evaluación integral de los posibles desafíos que el paciente podría enfrentar en su proceso de recuperación.

El plan de cuidados incluye objetivos claros y medibles basados en la clasificación NOC, centrándose en la curación de las quemaduras, la función sensorial y el conocimiento de la salud. Estos objetivos son esenciales para garantizar que el paciente recupere su salud física y sensorial y esté informado sobre el manejo de su condición después de la cirugía.

Las intervenciones propuestas en la clasificación NIC son coherentes con los objetivos establecidos y abordan de manera efectiva la prevención de complicaciones de las heridas debidas a quemaduras y la estimulación de su curación. Además, se proporciona un enfoque integral que abarca aspectos físicos, emocionales y educativos para el paciente.

En resumen, este plan de cuidados proporciona una estructura sólida y basada en evidencia para abordar las necesidades de un paciente después de una pancreatometomía total. Al centrarse en la seguridad, la curación, la función sensorial y el conocimiento de la salud, se busca garantizar una recuperación exitosa y una transición exitosa hacia un estilo de vida saludable y adaptado a las nuevas circunstancias del paciente. La implementación adecuada de estas intervenciones y la evaluación continua serán esenciales para alcanzar estos objetivos y promover la salud y el bienestar del paciente.

5 Bibliografía

1. NANDA [Libro]: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Edición 2021-2023.
2. NOC [Libro]: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5ª edición.
3. NIC [Libro]: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª edición.
4. Miranda Pedroso R. Pancreatectomía total. Informe de caso. Acta méd centro [Internet]. 2021 [citado el 7 de septiembre de 2023];15(1):122–7. Disponible en: Pancreatectomía total. Informe de caso (sld.cu)

Capítulo 96

CASO CLÍNICO: CURA DE EIPITELIOMA BASOCELULAR EN PABELLÓN AURICULAR MEDIANTE BLASTOESTIMULINA Y AQUACEL AG

CELIA JAÉN CAMPOS

1 Introducción

Los tumores malignos son cada vez más habituales; cada año se descubren unos 600.000 casos de cáncer de piel y la mayoría corresponden a carcinomas escamocelulares y basocelulares, que tienen un nivel elevado de curación

Los carcinomas basocelulares son más comunes en los hombres que en las mujeres y aparece con mayor frecuencia después de los 40 años.

2 Objetivos

-Exponer cómo se realiza la cura de un carcinoma basocelular a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Varón de 63 años en seguimiento por:

- - Cistoprostectomía radical con urostomía derecha y nefrectomía izquierda en 2015 por Ca urotelial vesical papilar alto grado pT1

- - Tumorectomía renal derecha en 2015 por Ca renal células claras tipo 1: pT1a

Antecedentes personales

- No RAMC.
- HTA de >10 años al menos de evolución.
- Glaucoma.
- EX-FUMADOR DESDE HACE 13 AÑOS, DE 30 CIG/DIA X 35 años.
- HABITO ENOLICO OCASIONAL
- ECOCARDIOGRAMA 2005: FEVI NORMAL, AI LIGERAMENTE VD LIGERAMENTE DILATADO
- Accidente de tráfico en el 1999 con Fractura de cadera derecha y pelvis.
- BRDHH.
- En el año 2008 CXde prótesis de cadera derecha.
- RTU vesical en Octubre 2014: CARCINOMA UROTELIAL PAPILAR DE ALTO GRADO QUE INFILTRA
- FOCALMENTE LA SUBMUCOSA A DE JEWETT. PT1. CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL CON
- UROSTOMIA.
- DISPLASIA UROTELIAL MODERADA SEVERA.
- TUMORECTOMÍA RENAL DERECHA EN FEBRERO DE 2015. AP: CARCINOMA RENAL TIPO CELULAS
- CLARAS GRADO 1 DE FUHRMAN, DE 3 CMS DE DIÁMETRO MÁXIMO, CON BORDES QUIRURGICOS
- LIBRES. PT1A, PNX, PMX.
- NEFRECTOMIA IZQ DE CA PAPILAR .
- Ingreso en 2017 por ITU complicada
- En junio 22 resección fibroma abdominal

Antecedentes Familiares

- PADRE CA PRÓSTATA

Situación Basal

- IAVD

Tratamiento

- Balzak 40/10: 1 comp en desayuno.
- Carduran Neo 4 mg: 1 comp en desayuno y 1 comprimido en la cena.
- Seroxat 20 mg 1 vez al día
- Alopurinol 100 mg: 1 comprimido en comida

Dicho paciente acude a consulta de enfermería el pasado 9 de junio del 2023, tras biopsia de piel (concha auricular posterior): epiteloma basocelular de patrón

infiltrativo. Bordes libres. Fue remitido para valoración en consultas externas de oncología médica en julio 2022 tras detectar en revisión de urología nódulo pulmonar con nódulo satélite y lesión renal compatible con metástasis. Herida quirúrgica de 1x0,7cm con superficie irregular.

En primeras visitas a enfermería cada 48h, se le curaba con suero fisiológico + betadine otros días con silvederma, todo ello porque le curaban diferentes enfermeras y cada uno lo hacía con su criterio. Ello produjo una mala evolución, además los puntos de sutura se le soltaron y abrió la herida desembocando en dehiscencia de la herida; por lo que los titulares enfermeros del centro decidimos cambiar y fijar tipo de cura y pasamos a hacerlas cada 48 horas con lavado de suero fisiológico y aplicando blastoestimulina + aquacel plata empezando el 3 de julio. De esta forma fue creciendo tejido de granulación, cicatrizando la herida y dando el alta de la misma el pasado 28 de julio 2023.

Se realizó una valoración integral del caso a través de la valoración de necesidades de virginia Henderson, por lo que se usaron escalas de valoración de síntomas validadas y se identificaron los problemas generados al paciente relacionados con su diagnóstico. Con base en dicha valoración, se establece el plan de cuidados estandarizado utilizando las mejores evidencias científicas disponibles. Se asigna un diagnóstico de enfermería NANDA para cada una de las necesidades que presenta el paciente. Cada uno de estos diagnósticos se relaciona con los criterios de resultado (NOC), utilizando una escala Likert para evaluar su evolución en el tiempo. Así mismo, a cada diagnóstico se le asignan las intervenciones enfermeras (NIC) correspondientes y se planifican las actividades más adecuadas basadas en la evidencia científica.

4 Discusión-Conclusión

En el caso que nos ocupa, cumple el primer criterio, además de ser mayor de 40 y haber trabajado expuesto excesivas horas al sol sin protección. En nuestro paciente el carcinoma basocelular apareció como un nódulo pequeño y duro, con forma de cúpula de color rosado, con bordes elevados y de color blanco brillante el borde de la oreja izquierda.

Tras extirpación se le realizaron una serie de curas con diferentes criterios y diferentes profesionales de enfermería. Ello condujo a una mala evolución de la misma. Es de suma importancia que los enfermeros y enfermeras, trabajemos en la misma

dirección, velando siempre por la salud de nuestros pacientes, trabajando como un equipo y unificando criterios para que reciban los mejores cuidados posibles. Por estos motivos y ante la herida que se nos presentaba, se decidió optar por la cura conjunta de dos productos sanitarios que tenemos en cualquier consulta de enfermería, consiguiendo la curación y correcta cicatrización de la herida, además de la satisfacción del paciente.

5 Bibliografía

Bibliografía

- Heridas y lesiones: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/woundsandinjuries.html>
- Cabanillas-González M, Pulgarín Sobrino SB, Anain Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. En: Rumbo Prieto JM, Raña Lama CD, Cimadevilla Álvarez MB, Calvo Pérez AL, Fernández Segade J, eds. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. 2016
- Rodríguez Caravaca G, García-Cruces Méndez J, Hobson S, Rodríguez Caravaca F, Villar Del Campo M, González Mosquera M. Validez del diagnóstico clínico de carcinoma basocelular en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2001 Oct 15;28(6):391. Disponible en [/pmc/articles/PMC7684134](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1184134/)
- Carcinoma de células basales: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000824.htm>

Capítulo 97

RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADO DE LOS PIES EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

LAURA LOPEZ BLASCO

CLAUDIA LERIN PEREZ

SARAY JIMENEZ ALAVA

VERONICA DÍAZ ROSILLO

MARIA LASHERAS CACHO

1 Introducción

El cuidado de los pies en el paciente con diabetes mellitus es una tarea fundamental que el paciente debe conocer y realizar para evitar complicaciones. Aunque no todos los pacientes diabéticos tengan el mismo riesgo de desarrollar una úlcera en el pie, ya que su aparición dependerá de múltiples factores, es importante enseñar cómo llevar a cabo el cuidado de los pies para prevenir posibles complicaciones.

Un 25% de las personas con diabetes mellitus terminan desarrollando una úlcera a lo largo de su vida.

La aparición de una úlcera en el pie del paciente diabético puede originar dolor, infección e incluso amputación, viéndose por ello afectada la salud física y mental y la calidad de vida del paciente.

Es importante instruir y educar al paciente diabético para prevenir complicaciones en su salud, enseñando, además del cuidado de los pies, los signos y síntomas por los que deben acudir a su Centro de Salud (aparición de heridas, signos de infección en una herida, calambres, hormigueos o dolor en miembros inferiores...).

Las consultas de Atención Primaria son un lugar esencial para proporcionar al paciente diabético los conceptos y pautas que ayuden al cuidado de los pies, ya que el diagnóstico de la enfermedad se suele realizar allí.

2 Objetivos

- Detallar la importancia de enseñar al paciente con diabetes las recomendaciones sobre el cuidado de los pies.
- Exponer cuáles son esas recomendaciones.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica consultando artículos presentes en bases de datos tales como: PubMed, Scielo. Además, se ha realizado búsqueda en Google Académico y se han consultado guías clínicas del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea) y folletos educativos del Gobierno de Navarra.

4 Resultados

Es importante que el paciente con diabetes mellitus sepa realizar un correcto cuidado de los pies y que el personal sanitario transmita una serie de recomendaciones.

Explicar al paciente la importancia de observar diariamente los pies, poniendo atención en la presencia de nuevas lesiones, grietas, ampollas, rojeces en la piel, uñas encarnadas, juanetes, callosidad.

Si hubiera durezas, callosidades, deformidades o uñas gruesas o curvadas, convendría acudir a una consulta de podología. Si se detectasen ampollas, rojeces, heridas, convendría consultar con la enfermera del centro de salud.

La higiene de los pies debe de ser diaria, utilizando para ello un jabón neutro. Se debe comprobar la temperatura del agua, que ha de estar templada. Ha de evitarse dejar los pies a remojo. Una vez limpios, secarlos bien, especialmente entre los dedos, pero sin frotar.

Aplicar crema hidratante pero no entre los dedos.

Un correcto corte de uñas debe de ser en línea recta utilizando una tijera de punta redonda. También se podría limar la uña, usando preferible una lima de cartón.

Hay que dar importancia también a la elección del calzado adecuado. Este debe de ser cómodo, con un tacón no superior a 3 cm, con una puntera redondeada y no estrecha para evitar roces. Se recomienda que la suela sea antideslizante y que el zapato no tenga costura en su parte interior. Ha de ser de un material flexible y no muy rígido.

Se recomienda inspeccionar el interior del calzado antes de colocarlo por si hubiera algún material que pudiese cortar o producir lesiones al colocarlo.

Es importante que el calzado nuevo se compre a última hora de la tarde, cuando el pie tiende a estar más hinchado.

Al igual que con el calzado, se deben de evitar costuras en los calcetines, que han de cambiarse a diario y ser preferiblemente de algodón, hilo o lana.

Se debe evitar caminar descalzo o con calzado que no cubra los pies, acercar los pies a fuentes de calor o colocar directamente fuentes frías. Ha de evitarse también el uso de callicidas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, es importante dar a conocer a los pacientes con diabetes mel-litus las pautas a seguir para realizar un correcto cuidado de los pies, puesto que estas recomendaciones pueden evitar complicaciones en su salud.

Los profesionales de la salud tienen los conocimientos necesarios para transmitir a los pacientes y fomentar así el autocuidado.

Las consultas de Atención Primaria juegan un importante papel en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante la educación para la salud,

por lo que son un lugar fundamental donde llevar a cabo la educación del paciente diabético con el cuidado de sus pies.

6 Bibliografía

- 1.Armstrong DG, De Asla RJ, McCulloch DK. Management of diabetic foot ulcers. En: Eidt JF, Mills JL Sr, Nathan DM, Collins KA, editors. UpToDate; 2017. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers>
- 2.Brownlee M, Aiello LP, Sun JK, et al. Complications of diabetes mellitus. In: Melmed S, Auchus RJ, Goldfine AB, Koenig RJ, Rosen CJ, eds. Williams Textbook of Endocrinology. 14th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 37.
- 3.Centers for Disease Control and Prevention website. Diabetes and your feet. www.cdc.gov/diabetes/library/features/healthy-feet.html. Updated June 20, 2022. Accessed August 26, 2022.
- 4.Protocolo de prevención y cuidados del pie diabético. En: Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería: Asociación de Estudiantes de Enfermería, EUEP; 2001, 25-27de abril; Ferrol, A Coruña

Capítulo 98

LA SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA Y LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LAURA VARGAS BEAMUD

CELIA ARROYO MOLINA

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

BLANCA HERRERO ALCAIDE

1 Introducción

Hoy en día, cuando surge un problema de salud, uno siempre quiere ser atendido en el mejor hospital del mundo, por el mejor médico y con las mejores técnicas y tratamientos.

Pero para lograr recibir esa atención de calidad, no nos podemos olvidar también de la importancia que supone el papel del personal de enfermería, que es determinante para manejar cualquier tipo de dolencia.

Se puede decir que la enfermería es una profesión que está enfocada a aquellas personas que tienen una gran vocación de servicio hacia las demás personas, se preocupan por ellas y las atienden y cuidan de la mejor manera posible, llegando a desempeñar un rol muy importante en nuestra sociedad.

El personal de enfermería es aquel personal que se encarga de realizar el cuidado y la atención a todo tipo de personas.

La labor de enfermería en muchas ocasiones varía en función del tipo de necesidades que tenga el paciente que se encuentra en el centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

También hay que decir que el personal de enfermería realiza la gestión de historias clínicas.

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales indicaciones y/o contraindicaciones de la sonda gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).
- Describir los cuidados principales que realiza enfermería ante la sonda PEG.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Indicaciones:

- Pacientes con enfermedades reversibles que posteriormente se retire la PEG (anorexia, malnutrición, hiperémesis gravídica, quemaduras graves, politraumatizados, etc.).
- Pacientes con enfermedades irreversibles con PEG definitiva (enfermedades neurológicas, tumores de cuello, malformaciones orofaríngeas, neoplasias de esófago, fibrosis quística, etc.).
- Pacientes terminales con una expectativa de vida relativamente prolongada (ACV de repetición, neoplasias en fases avanzadas, sida en fases terminales, etc.).

2. Contraindicaciones:

Gastrectomías parciales o subtotales, hipertensión portal, diálisis, sepsis, enfermedad gástrica activa, obesidad extrema, etc.

3. Cuidados de Enfermería:

- Cuidados de la sonda:

La sonda y sus componentes deben ser limpiados a diario, comprobando que el soporte externo no oprima ni cause heridas en la piel adyacente. También debemos de dejar los tapones cerrados siempre que no se esté utilizando la sonda y comprobar periódicamente el correcto inflado del balón de la sonda PEG.

- Cuidados del estoma:

Durante los 15 primeros días se ha de tener una higiene minuciosa, lavando con agua y jabón y utilizando antisépticos en la zona de inserción, así como observando el estado de la piel perilesional. Se recomendará utilizar ropa holgada que no oprima el estoma.

- Cuidados durante la administración de alimentación:

La administración de alimento se realizará con el paciente incorporado a 30-45°, mantenido esta posición hasta 1h tras la ingesta con el fin de evitar el reflujo y facilitar el vaciamiento gástrico. Antes de introducir la alimentación se debe de comprobar el contenido gástrico aspirando el contenido, si este es superior a los 100 ml, se debe reintroducir el contenido y esperar 1h antes de intentar nuevamente la administración. Para la administración de medicamentos se diluirán en agua junto a 20-30 ml extra de agua. Posteriormente a la infusión de medicamentos y/o medicamentos, es necesario infundir 50ml más de agua con el fin de evitar obstrucciones (si nos encontramos ante nutrición continua, cada 4-6h se realiza esta infusión de agua).

5 Discusión-Conclusión

El uso de la sonda PEG es un recurso muy útil para la alimentación de pacientes con disfagia o incapacidad para alimentarse por vía oral. Además, es una técnica sencilla, segura y con bajo coste.

Las indicaciones agrupan una serie de enfermedades y causas que se relacionan con la incapacidad para la deglución y/o problemas de esófago y de alimentación por vía oral. Las contraindicaciones se reducen al carácter técnico, ya sea por incapacidad de utilizar los aparatos necesarios para la técnica o por enfermedades activas que lo imposibiliten.

Se resalta la importancia de los cuidados de enfermería para adiestrar en el manejo domiciliario de una sonda PEG. Se incluyen actividades de cuidado de la zona de inserción de la sonda, cuidados del propio estoma ante posibles in-

fecciones y/o cambios de color y, también, los pasos necesarios para la administración de nutrición y de medicación por una sonda PEG.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 99

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

LAURA VARGAS BEAMUD

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

BLANCA HERRERO ALCAIDE

CELIA ARROYO MOLINA

1 Introducción

Hoy en día, cuando surge un problema de salud, uno siempre quiere ser atendido en el mejor hospital del mundo por el mejor médico y con las mejores técnicas y tratamientos.

Pero para lograr recibir esa atención de calidad, no nos podemos olvidar también de la importancia que supone el papel del personal de enfermería que es determinante para manejar cualquier tipo de dolencia.

Se puede decir que la enfermería es una profesión que está enfocada a aquellas personas que tienen una gran vocación de servicio hacia las demás personas, se preocupan por ellas y las atienden y cuidan de la mejor manera posible llegando a desempeñar un rol muy importante en nuestra sociedad.

El personal de enfermería es aquel personal que se encarga de realizar el cuidado y la atención a todo tipo de personas.

La labor de enfermería en muchas ocasiones varía en función del tipo de necesidades que tenga el paciente que se encuentra en el centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

También hay que decir que el personal de enfermería realiza la gestión de historias clínicas.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es el abordaje por un equipo de enfermeros que exponen una revisión sistemática basado en su experiencia como profesionales.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras analizar los estudios adquiridos, y tras la presentación de los casos clínicos que hemos estudiado podemos dar respuesta a los pacientes sobre los distintos signos de actividad que presentan en la enfermedad teniendo en cuenta que tienen que valorar de forma cuidadosa la totalidad del aparato digestivo para poder encontrar las partes afectadas incluyendo otros órganos. Cuando se ha detectado la parte afectada y se ha identificado la lesión, se debe medir la longitud o bien en cm o segmentos, dependiendo de la localización en la que se encuentre, para este proceso es muy útil la técnica de la colonoscopia en la que se puede ver, mediante el endoscopio en la que está situado una cámara, la totalidad del intestino grueso si es ahí donde previamente se ha localizado la lesión con imágenes de resonancia magnética o de Tac. Se torna lo más complicado, cuando la lesión se encuentra en el intestino delgado por la complicación de acceder a él tendiendo que usar las técnicas de imágenes y especificando por longitud en cm

y comparando diversos estudios de imágenes en las que en algunos de ellos se deberá de usar el contraste para resolver lesiones mínimas en el caso de que estas se hayan extendido a lo largo del duodeno. Las lesiones que se localizan en la parte terminal del intestino grueso o en la parte primera del intestino delgado, así como las de la zona pilórica o antropilórica del estómago son de fácil localización, y las más difíciles de controlar. Una dieta de por vida en la que se debe eliminar algunos alimentos, el abandono del hábito del tabaco, el consumo del alcohol y la regulación de la toma de la farmacología, unido a los controles periódicos puede mejorar la calidad de vida del paciente en una estructura completa.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de enfermería, y encargados del proceso de seguimiento de esta enfermedad, consideramos como recomendación obligatoria, una reeducación de estos enfermos al diagnóstico de la enfermedad. El abandono de hábitos que no son saludables debe ser prioridad, para lo que se les debe brindar ayuda desde atención primaria para reducir ansiedad y poder controlar la falta de control de impulso ante el tabaquismo y otros hábitos. La introducción de una dieta saludable es algo esencial en nuestra población actual para todos los individuos, más aún en esta categoría de enfermos de los que va a depender junto con la toma de medicación de forma correcta, la aparición o retraso de brotes y evolución de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 100

ÚLCERAS POR PRESIÓN: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

JULIA LERIDA CAMUÑAS

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JAVIER MARTÍN MACÍAS

NATALIA MARTÍN MACÍAS

LAURA CAMACHO CUESTA

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones formadas en la piel tras pasar largos periodos de tiempo en una misma posición. Son de origen isquémico, producen pérdida de la sustancia cutánea, viéndose comprometida la integridad de la piel. Pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo y son producidas por: presión, fricción, humedad o cizalla.

Las úlceras por presión (UPP) se pueden clasificar en cuatro grupos:

UPP GRADO I: Solo se ve afectada la epidermis.

UPP GRADO II: Se ve afectada epidermis y dermis, con una pérdida de espesor parcial.

UPP GRADO III: Además de epidermis y dermis, afecta al tejido subcutáneo.

UPP GRADO IV: Se ven comprometidos tejidos como el muscular, óseo o cartilaginoso.

Las UPP son unas de las complicaciones más comunes tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario. Existen factores de riesgos que aumentan la posibilidad de que se produzcan estas lesiones así son: la edad, el sedentarismo, padecer diabetes mellitus, la nutrición o la higiene corporal.

En Europa, se estima que alrededor del 25% de los pacientes presentan UPP. En España en torno al 8,51% en Atención Primaria (pacientes en atención domiciliaria mayores de 14 años); y de un 7,87%, en las unidades de hospitalización de adultos. La existencia de estas heridas se considera un indicador negativo de la calidad de atención médica, dado que pueden empeorar tanto el estado físico como el emocional del paciente.

Además de su alta prevalencia, el tratamiento de las UPP es de larga duración, ya que la completa recuperación de estas heridas requiere extensos períodos de tiempo y destaca la importancia de la prevención. Este hecho constituye un desafío significativo para la salud pública debido a la considerable inversión de recursos necesarios y, en consecuencia, a los costos elevados asociados.

No sólo debemos hacer referencia a los daños económicos, algo mucho más importante es el empeoramiento de la calidad de vida tanto de los/las pacientes como de los/las cuidadores/as. Ven afectada su autoestima, independencia y capacidad de autocuidado.

Por todas estas razones, el personal de enfermería desempeña un rol esencial tanto en la prevención como en el tratamiento de las úlceras por presión, y es por esto que es imperativo mantener un conocimiento actualizado y de alta calidad en este campo.

2 Objetivos

- Conocer la información de la que disponen los enfermeros y enfermeras para el tratamiento y prevención de UPP.
- Analizar las limitaciones en la atención de las UPP y proporcionar recomendaciones para la mejora del Sistema de Salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre úlceras por presión en relación con la profesión de enfermería. La búsqueda sistemática se ha realizado, principalmente, en bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, tales como Pubmed (NCBI), Cochrane Library, Medes, BVS, Enfispo, Cuiden, Liliacs, ClinicalTrials.gov, ICTRP. La elección de las palabras claves para realizar la búsqueda bibliográfica se ha basado en la utilización de Mesh (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptor en Ciencias de la salud). Obteniéndose así: ‘úlceras’, ‘presión’, ‘enfermería’, ‘tratamiento’ y ‘prevención’.

4 Resultados

En este punto tras haber introducido los principales aspectos de las úlceras por presión vamos a analizar los resultados obtenidos tras la revisión bibliográfica.

En cuanto a la actuación de enfermería lo más importante es la prevención por ello primero se ha de conocer los factores de riesgo más predisponentes, aunque inicialmente todas las personas han de considerarse “en riesgo”. Se dividen en dos grupos los intrínsecos y los extrínsecos:

INTRÍNSECOS: Fisiopatológicos, según los problemas de salud previos de cada persona, como puede ser la diabetes o la hipertensión arterial. La edad o el género, siendo más prevalente en hombres y en edad avanzada.

EXTRÍNSECOS: Pueden ser situacionales o derivados del entorno, por ejemplo, no disponer de colchón antiescaras, arrugas en las sábanas... Inmovilidad requerida por algún tratamiento o por incapacidad de realizar cambios posturales por sí mismo.

Existen varias escalas para determinar cuánto riesgo verdadero hay de que se forme una UPP.

-Escala de Braden. Mide los puntos de percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, humedad, fricción y deslizamiento. Obteniendo tres niveles de riesgo; alto, moderado y bajo.

-Escala Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (Herramienta Universal de la Investigación de la Desnutrición). Valora cuatro puntos diferentes: el IMC, la pérdida de peso, el efecto de la enfermedad aguda y el riesgo global de la desnu-

trición. Obteniendo tres niveles de riesgo: bajo, medio y alto.

-Escala Norton. Está formada por cinco ítems: estado físico, incontinencia, movilidad, actividad y estado mental. En esta se obtienen cuatro niveles de riesgo: muy alto, alto, medio y mínimo o sin riesgo.

Sin embargo, con el empleo único de estas escalas no es suficiente para conocer el riesgo por ello debemos evaluar también el resto de los factores mencionados anteriormente.

Para abordar el tratamiento de las UPP debemos dividirlo en tres puntos:

El manejo del dolor

Soporte nutricional

Cicatrización de todos los tejidos

El manejo del dolor dependerá según intensidad, cualidad y origen. Dependerá según pauta médica. También es recomendable utilizar analgésicos previos al desbridamiento mecánico.

El soporte nutricional tiene que estar ligado a un aumento proteico para favorecer la cicatrización y evitar aparición de infección. Además, habrá que vigilar el aporte de vitaminas, minerales y agua.

Los cuidados específicos sobre la piel dependerán del grado en el que se encuentre la UPP. Siendo comunes para todas:

Seleccionar la posición más apropiada y cómoda tanto para el paciente como para el cuidador.

Realizar la cura en condiciones de estricta asepsia.

Retirar el apósito utilizando una técnica suave y no invasiva.

Evaluar la piel alrededor de la lesión y tomar medidas de protección si es necesario.

Evaluar la lesión y seleccionar el tratamiento adecuado, especialmente si hay tejido necrótico o esfacelos, ya que podría ser necesario realizar un desbridamiento.

A pesar de contar con toda esta información las UPP siguen siendo un evento de gran incidencia. Se pueden identificar limitaciones significativas en la prevención de las UPP. Estas limitaciones incluyen la falta de recursos económicos, la escasez de personal asistencial, la deficiente comunicación entre profesionales de la salud, la carga laboral excesiva y la falta de conocimiento por parte de quienes brindan atención médica. Todas estas carencias deben considerarse como debilidades en el sistema de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La Prevención de UPP Requiere una Evaluación Integral de Riesgos: La identificación de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, junto con el uso de escalas de evaluación como la de Braden, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) y la Escala Norton, es fundamental para prevenir las UPP de manera efectiva. Estas herramientas ayudan a categorizar el riesgo del paciente y guiar las intervenciones preventivas necesarias.

Cabe destacar la necesidad de abordar las limitaciones en la prevención de UPP a Nivel del Sistema de Salud, ya que, a pesar de la disponibilidad de información y herramientas de evaluación, las UPP siguen siendo un problema significativo en la atención médica.

Resulta de gran importancia implementar protocolos específicos, desarrollar proyectos de financiación dirigidos, y optimizar tanto los recursos humanos como los materiales disponibles para lograr intervenciones de alta calidad en la prevención de las UPP.

6 Bibliografía

1. Castiblanco, R. A., & Lancheros, D. S. (2022). Cuidados de enfermería para prevenir las úlceras por presión durante la estancia hospitalaria. <https://revistas.fucsahd.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1311/2278>
2. Larrea-Leoz, B., Vázquez-Calatayud, M., & Labiano-Turrillas, J. (2015). Evaluación del impacto de una intervención de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2015000300009&script=sci_arttext&tlng
3. Garza Hernández, R., Meléndez Méndez, C., & Fang Huerta, M. de los Ángeles. (2017). CONOCIMIENTO, ACTITUD Y BARRERAS EN ENFER-

MERAS HACIA LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN, de Scielo website: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532017000300047&script=sci_arttext&tlng=en

4.Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de la Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de salud de la Rioja; P- 13 [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.cruzroja.es/centros_sanitarios/Palma/img/pdf/PTUP.pdf

Capítulo 101

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CURA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones que pueden variar desde superficiales a muy profundas pasando por diversas etapas y se originan por la falta de movilidad del paciente, productos de limpieza agresivos de las sabanas del Hospital, por no disponer de colchones antiescaras, etc.

Las zonas más afectadas ya que, son puntos de apoyo comprometidos del cuerpo, son las prominencias óseas como codos, talones y sacro (1).

Es importante saber el estadio que está atravesando la úlcera por presión para realizar la cura de una manera u otra, según las características que presente la herida, si es supurativa, sanguinolenta, etc.

A continuación, se redactarán las etapas por las que pasa una úlcera, en la primera de ellas es una lesión fácil de tratar si se localiza a tiempo y en la cuarta etapa la úlcera ha atravesado ya tejidos hasta llegar al músculo e incluso el hueso.

Los distintos grados por los que pasa una úlcera por presión son (2):

- Grado 1: se aprecia un color rojo de la piel, pero ésta permanece íntegra.
- Grado 2: se encuentra comprometida la epidermis y la dermis y el color rojo que se apreciaba en el grado 1 ya se encuentra descamado.
- Grado 3: la úlcera llega hasta el tejido subcutáneo, la lesión se empieza a necrosar, se encuentra supuración y contenido sanguinolento.
- Grado 4: es el último grado en el que la úlcera está en su peor estado y la cura es de larga duración. En esta etapa la lesión llega hasta el músculo e incluso

puede llegar hasta las articulaciones, donde se encuentra necrosis de la herida con demasiada supuración.

2 Objetivos

Conocer las funciones de enfermería en la curas de las úlceras por presión.

3 Metodología

La búsqueda de artículos para la revisión bibliográfica se realiza en bases de datos científicas como son Medline y Scielo. Se han aplicado los filtros de artículos con antigüedad máxima de 5 años y que fueran de texto completo. A la vez, se han excluido artículos de pago y con poca información.

Con los filtros que se han aplicados se han seleccionado artículos con información actualizada.

Las búsquedas se han realizado mediante Descriptores de Ciencias de la Salud en español y en inglés. Mediante la unión de dos descriptores en inglés, unidos mediante un operador booleano que es el “AND” la búsqueda ha sido mucho más exhaustiva y los artículos seleccionados de mayor calidad.

4 Resultados

Las úlceras por presión aparecen por a falta de movilidad, mayoritariamente se presentan en pacientes encamados y también se pueden desarrollar úlceras de primer grado en estancias de corta duración, como, en ingresos hospitalarios.

Estas lesiones se pueden prevenir o una vez instauradas hay distintos medios para curarlas. La prevención se realiza mediante cambios posturales, con la utilización de colchones antiescaras, cuidado de la piel (mantener la piel siempre seca), mantener la piel hidratada, etc.

Por ello, juega un papel muy importante el personal de enfermería en la prevención de úlceras, ya que, debe estar siempre en alerta y observar sobre todo las prominencias óseas de más riesgo.

Para realizar tanto cura simple como la cura húmeda se deben guardar medidas higiénicas como:

- Lavado de manos antes de realizar la cura.
- Utilización de gasas estériles.

- Preparar el tipo de antiséptico que se utilizará o Suero fisiológico o Clorhexidina o Povidona Iodada o Prontosan.

- Para curas húmedas preparar el apósito correspondiente.

Las curas las realiza el personal de enfermería y existen dos tipos de curas según el aspecto de la lesión. Una es la cura seca que se realiza en ambiente seco con Suero Fisiológico, Povidona Yodada o Clorhexidina. La cura húmeda se realiza mediante apósitos para mantener la humedad de la lesión.

En cuanto a la cura húmeda primero se desinfecta la úlcera con Suero Fisiológico lavador y Clorhexidina y después de la desinfección se cubren para conservar su ambiente húmedo con diferentes apósitos o pomadas, según sea el aspecto de la herida. Los apósitos se mencionarán a continuación (3):

☒ Gasas: son las utilizadas para tapar una lesión y aislarla de los gérmenes del entorno. También es utilizada para limpiar heridas. Las gasas normalmente son utilizadas para tapar heridas que no son de cura húmeda.

☒ Alginatos: es un polisacárido. Son los apósitos que más absorben el exudado.

☒ Hidrogeles: utilizado para acelerar la cicatrización. Es el denominado Intrasite y está compuesto en agua en formato de gel.

☒ Hidrocoloides: utilizado para acelerar la cicatrización. Es una segunda piel, donde las úlceras presentan muy poco exudado.

☒ Apósitos de plata: los más utilizados cuando existe una infección.

☒ Espumas: se utiliza cuando la úlcera es muy exudativa, para absorber el exudado.

☒ Iruxol: crema que ayuda en las últimas fases de cicatrización.

☒ Linitul: maya impregnada utilizada para heridas poco exudativas.

Para finalizar enfermería tiene un papel crucial en la prevención de úlceras por presión, ya que, una vez instauradas éstas, son complejas de curar, sobre todo en estadios avanzados. Por ello, se debe incidir en los cambios posturales y en mantener la piel siempre seca.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión se originan mayoritariamente en personas encamadas. Los puntos de apoyo más frecuentes para la aparición de úlceras son las denominadas prominencias óseas donde se encuentran los talones, codos y sacro.

Las úlceras pasan por distintas etapas, desde la etapa 1 donde solo se aprecia color rojizo de la piel hasta la etapa 4 donde la úlcera ha llegado hasta el músculo o hueso.

La cura de las úlceras por presión es función de enfermería, donde se citará al paciente a menudo en consulta o en su domicilio para realizar las curas. Es importante utilizar los antisépticos adecuados y los apósitos correspondientes para favorecer la cicatrización de la misma.

6 Bibliografía

1. Moore ZEH, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Libr [Internet]. 2018 [citado el 2 de septiembre de 2023];2018(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517041/>.
2. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Rhodes S, Jammali-Blasi A, Ramsden V, et al. Beds, overlays and mattresses for treating pressure ulcers. Cochrane Libr [Internet]. 2021 [citado el 2 de septiembre de 2023];2021(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8108042/>.
3. Martínez-Correa E, M. A. Osorio-Delgado, L. J. Henao-Tamayo, C. I. Castro-Herazo. Systemic classification of wound dressings: A review. Revista Mexicana de Ingenieria Biomedica; 2020. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-95322020000100005.

Capítulo 102

ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA: COMPLICACIONES Y LAS REACCIONES DEL PACIENTE MÁS FRECUENTES AL TRATAMIENTO RADIOTERAPEÚTICO

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

1 Introducción

La radioterapia tiene la finalidad de destruir todas las células cancerosas que habitan un organismo, por lo que la intensidad de su tratamiento es elevada. Para evitar o disminuir la aparición de efectos secundarios, debemos tener en cuenta el tipo de cáncer que vamos a tratar, su localización, el estado de salud del paciente y la dosis que tenemos que administrar en cada sesión.

El procedimiento de radioterapia es muy invasivo y puede destruir, además de esas células dañinas, otros tejidos sanos del cuerpo. No obstante, a diferencia de la quimioterapia, la radioterapia es un procedimiento de aplicación local que afecta principalmente a la zona a la que va dirigido.

Por tanto, la prevención ante posibles complicaciones tiene que ver con la preparación del personal médico, el estado anímico y físico de cada paciente y la buena práctica del tratamiento. No obstante, los efectos secundarios pueden aparecer, a pesar de que se tengan en cuenta todas las prevenciones posibles.

Algunas de las prevenciones que pueden llevarse antes o durante un tratamiento de radioterapia son:

- Evitar el cansancio: el mejor método para mantener las fuerzas o recuperarlas es descansar y dormir lo suficiente diariamente.
- Cuidar la alimentación: llevar una dieta equilibrada y saludable, medida si es necesario por el profesional sanitario.
- Atender el cuidado de la piel: es una parte muy sensible del cuerpo y durante el tratamiento queda expuesta a sufrir daños

2 Objetivos

Conocer las principales complicaciones o efectos secundarios que pueden tener los tratamientos de radioterapia sobre los pacientes, con la finalidad de saber reconocerlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como paciente oncológico entendemos aquel que sufre o ha sufrido un tumor, es decir, un cáncer.

La condición tanto física como psicológica de este tipo de pacientes hace que los profesionales que lo atienden necesiten una formación adecuada para abordar un tratamiento multidisciplinar.

Generalmente, estos pacientes están sujetos a un tratamiento de quimioterapia o radioterapia en algún momento de su enfermedad.

Como hemos visto, este tipo de tratamientos emplean radiación ionizante con la finalidad de destruir las células cancerígenas y, por tanto, reducir los tumores. Esta radiación no solo hace efecto sobre las células cancerosas, sino también sobre las sanas.

Según el lugar de aplicación, algunos de los efectos secundarios agudos más frecuentes del tratamiento de radioterapia son:

- A nivel general: se puede experimentar cansancio o fatiga. La debilidad después del tratamiento es habitual y temporal.
- Cutáneos: algunas personas padecen de sequedad en la piel, picazón o ampollas. Puede tenerse una sensación similar a la provocada por quemaduras solares que raramente da lugar a alteraciones más graves como dermatitis o epitelitis.
- Sobre el cuero cabelludo: puede dar lugar a la caída temporal del pelo o, si la aplicación ha sido más intensa, definitiva.
- En la boca: es una de las zonas más vulnerables a la radiación, pero los efectos secundarios que sufre no suelen ser graves.
 - Mucositis
 - Hongos
 - Pérdida del gusto
 - Problemas dentales
- Sobre el tórax: normalmente, los órganos más afectados son el pulmón y el esófago, por lo que el paciente puede sufrir disfagia (dificultad para tragar por la inflamación de la mucosa del esófago) y complicaciones en la respiración.
- En el aparato digestivo: las partes del cuerpo más afectadas son la vejiga y el intestino. Las reacciones suelen ser diarreas, náuseas y vómitos, cistitis y pérdida del apetito.

5 Discusión-Conclusión

Como personal de enfermería en oncología sabemos que los pacientes oncológicos atraviesan por diferentes estados o momentos tanto físicos como psicológicos a lo largo de su enfermedad. Ofrecer un apoyo emocional tanto para ellos como para sus familiares resulta indispensable, debemos ser siempre empáticos y ofrecer nuestra ayuda y colaboración.

En este caso hemos visto algunos de los principales efectos secundarios que puede ocasionar la radiación sobre el individuo, como cansancio, fatiga, malestar, lesiones en la piel, picazón, ampollas, caída del cabello, lesiones en las mucosas y en la boca, pérdida de apetito, lesión en algunos órganos, náuseas, vómitos, diarrea...

6 Bibliografía

- 1- efectos secundarios radioterapia - <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/radioterapia/efectos-secundarios-de-la-radioterapia>.
- 2- efectos secundarios de la radioterapia- <https://amp.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/radioterapia/como-sobrellevar.html>.
- 3- efectos secundarios de la radioterapia- <https://es.oncolink.org/tratamiento-del-cancer/radiacion/efectos-secundarios-de-la-radioterapia/efectos-secundarios-de-la-radioterapia>
- 4- efectos secundarios radioterapia - <https://rochepacientes.es/cancer/pulmon/tratamiento/radioterapia/efectos-secundarios.html>.

Capítulo 103

INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS EN EL PIE DIABÉTICO

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

NOELIA VARGAS MUÑOZ

EVA ALONSO MORALES

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) se caracteriza por un estado permanente de hiperglucemia en sangre que, por diversos factores endógenos y exógenos, provoca un déficit o mal uso de la hormona llamada insulina, encargada de regular dicha glucemia. La DM tipo 2 (DM2) supone actualmente un gran problema de sanidad pública a nivel global con una alta incidencia y prevalencia. Provoca muertes prematuras en cada rango de edad, número de fallecimientos que se ha visto incrementado considerablemente en los últimos años con respecto a décadas pasadas (1).

La enfermedad, con el paso de los años, puede provocar diversas complicaciones que terminan con consecuencias fatales, tales como amputaciones, ceguera e incluso muerte. Un mal autocuidado mantenido en el tiempo desemboca principalmente en problemas cardiovasculares que se corresponden con el 90% de las

complicaciones y con un 80% de las causas de muerte del paciente diabético. La afectación de la circulación periférica provoca problemas principalmente en ojos, riñones o pies. De hecho, una de estas complicaciones es la úlcera del pie diabético o “pie diabético” que, junto a la neuropatía asociada y a un traumatismo, se da en muchos pacientes con DM2 (1, 2).

El pie diabético se define como una infección, ulceración o destrucción de tejido del pie asociado a neuropatía o daño cardiovascular periférico en personas con diabetes, que puede provocar amputaciones de miembros inferiores a diversos niveles (falange, pie o incluso a nivel supracondíleo), hecho que se ha acrecentado en los últimos años por el incremento de dicha morbilidad. Estas úlceras en pies se pueden prevenir con un buen autocuidado de la enfermedad, eliminando hábitos tóxicos (como el alcohol o el tabaquismo), haciendo ejercicio físico, y, en definitiva, consiguiendo una hemoglobina glicosilada por debajo del 7,5% mantenida en el tiempo (3).

La enfermería se encarga de aplicar el tratamiento en personas con úlceras por pie diabético, pero también está involucrada en la prevención de las mismas, educando a pacientes en su autocuidado. Dada la gran prevalencia de la enfermedad y el incremento de esta y otras complicaciones, nos lleva a preguntarnos en qué grado se puede implicar la enfermería para resolver, prevenir y reducir estos problemas, especialmente en el abordaje del pie diabético.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Conocer los efectos de la actuación enfermera en la prevención y tratamiento de pacientes con pie diabético.

Objetivos secundarios:

- Conocer las características de los pacientes con pie diabético.
- Conocer los factores de riesgo para la aparición del pie diabético.
- Conocer intervenciones enfermeras para la prevención del pie diabético.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como base de datos PubMed. Como criterios de inclusión, se han recopilado artículos en inglés publicados en un rango de 6 años, hasta el 6 de septiembre de 2023, que contuvieran los descriptores seleccionados (nursing; diabetes mellitus type 2; diabetic foot ulcer; management).

4 Resultados

El artículo publicado por Fiore Scain et al. estudia a la población diabética durante 12 años, donde han evidenciado que el único factor protector contra la mortalidad en estos pacientes era el seguimiento en el tiempo del paciente diabético por el personal de enfermería, reduciendo un 34% el riesgo de mortalidad por pie diabético. Concluyeron que las características de estos pacientes son: padecer DM2 con una media de 10 años, hipertensión severa, obesidad y dislipemia y fumadores. El estudio presente demuestra que los pacientes que han recibido atención enfermera como por ejemplo examinar los pies regularmente y han acudido a las citas con enfermería tienen una expectativa de vida más larga que los que no lo hicieron (2).

Por otro lado, en el estudio de Ma et al. se han encontrado hallazgos similares a los comentados, donde la presencia de hipertensión en pacientes con DM2 incrementa significativamente el riesgo el desarrollo de enfermedad cardiovascular (3).

En el cuidado del pie diabético, como relatan en la revista *British Journal of Nursing* (2019), la enfermería está activamente involucrada para detectar cualquier cambio en la sensibilidad en los pies, además de promover su cuidado. (4) Más concretamente, Subrata SA et al. nos comenta la importancia de que el personal de enfermería evalúe correctamente el tamaño de la herida y la severidad del tejido afectado, aportando objetivos e intervenciones de calidad durante todo el proceso (5).

Cuando hablamos de prevención, existen varias técnicas que puede llevar a cabo el personal de enfermería para detectar factores de riesgo que provoquen úlceras en el paciente diabético. Estas técnicas incluyen el monofilamento en la zona plantar para evaluar el grado de neuropatía, medir el índice tobillo-brazo o medir la temperatura de pie para evaluar el grado de enfermedad arterial periférica (5).

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que las intervenciones enfermeras han demostrado ser eficaces para el cuidado de pacientes con pie diabético, contribuyendo de forma significativa en la obtención de mejores resultados de salud en estos pacientes, además de reducir costes y mejorar la satisfacción del usuario (5). Conociendo las características de estos pacientes, la enfermería puede trazar unos objetivos e intervenciones para promover su salud- Se puede fomentar el autocuidado, aportando herramientas para la prevención del pie diabético, como por ejemplo educando al paciente en

mejorar su control glucémico incluyendo ejercicio físico, buenos hábitos alimenticios y un correcto control de su tratamiento médico. También puede establecer diferentes citas en su consulta para el seguimiento del mismo, así como para evaluar posibles factores de riesgo que provoquen úlceras.

Por tanto, todas estas intervenciones favorecen resultados positivos en el cuidado del pie diabético, y hace imprescindible la figura de la enfermería en la prevención y seguimiento del paciente con pie diabético.

6 Bibliografía

1. Ma CX, Ma XN, Guan CH, et al. Cardiovascular disease in type 2 diabetes mellitus: progress toward personalized management. *Cardiovasc Diabetol*. 2022 May 14;21(1):74.
2. Scain SF, Franzen E, Hirakata VN. Effects of nursing care on patients in an educational program for prevention of diabetic foot. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20170230.
3. Subrata SA, Phuphaibul R. Diabetic foot ulcer care: a concept analysis of the term integrated into nursing practice. *Scand J Caring Sci*. 2019 Jun;33(2):298-310.
4. Subrata SA, Phuphaibul R. A nursing metaparadigm perspective of diabetic foot ulcer care. *Br J Nurs*. 2019 Mar 28;28(6):S38-S50.
5. Subrata SA, Phuphaibul R, Kanogsunthornrat N, et al. Nursing Interventions of Diabetic Foot Ulcer: An Integrative Review of the Literature. *Curr Diabetes Rev*. 2019;16(1):40-51.

Capítulo 104

FLEBOTOMÍAS, CONTROL DEL DOLOR EN PEDIATRÍA

EVA ALONSO MORALES

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

NOELIA VARGAS MUÑOZ

1 Introducción

La extracción de muestras sanguíneas o flebotomías, es una técnica común en el día a día de la práctica enfermera, la cual conduce al dolor de los pacientes, de todas las edades, pero en especial es una problemática generalizada en el servicio de pediatría.

En estos casos un buen manejo del dolor es clave, para facilitar el proceso tanto para el profesional como para el paciente, para ello disponemos de varios tipos de intervenciones de apoyo, físicas y cognitivas, determinando que tipo de intervenciones podemos utilizar para abordar dicho problema durante las flebotomías, garantizamos un mejor resultado, mejorando los niveles de estrés, ansiedad y dolor.

Por eso conocer los diferentes métodos nos ayudan al abordaje de una forma sistemática, desglosando y comparando los diferentes métodos basándose en la bibliografía encontrada, de forma específica en el ámbito de la pediatría, aunque

cabe mencionar que serían necesarios nuevos estudios que incluyeran adultos y personas con alteraciones cognitivas o conductuales, ya que en la búsqueda se aprecian escasos estudios y algo obsoletos, donde quedan siempre en segundo plano sobre todo los pacientes con discapacidad, dada la dificultad, serían interesantes estudios más específicos, que es en ellos donde el profesional podría hacer mayor partido al uso de dichas técnicas.

2 Objetivos

Ahondar y comparar los diferentes métodos disponibles para un buen manejo del dolor durante las flebotomías en el servicio de pediatría.

3 Metodología

Se utilizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes Bases de datos: CUIDEN, PubMed, Elsevier y Scielo. Utilizado los descriptores: atención primaria, educación maternal, enfermería, en un periodo de 5 años, entre 2017-2022.

Se agruparon los distintos descriptores mediante operadores booleanos, específicamente AND.

4 Resultados

Hay diferentes tipos de intervenciones de enfermería para manejo del dolor durante las flebotomías: farmacológicas y no farmacológicas.

Las intervenciones no farmacológicas: buzzy®, tarjetas de distracción, masaje de mano, cubrir los ojos, acupresión, aromaterapia, pelota antiestrés, tos, pompas de jabón, dibujos animados, realidad virtual, música relajante, técnicas de respiración, caleidoscopio, frio local, inflar globos sonidos intrauterinos, TICK-B, videojuegos, entre otros.

Las intervenciones farmacológicas: anestésicos tópicos (EMLA®, LMX4®, AME-TOP®, Vapocoolan, Cloruro de etilo, JET- lidocaína...)

Para todo ello habría que tener en cuenta el uso de estrategias ajustadas a la edad del paciente, minusvalías físicas y cognitivas, nivel de urgencia, barreras idiomáticas que junto con la presencia de los padres durante el proceso y una buena información de la técnica ayudan a un buen manejo.

Las intervenciones no farmacológicas permiten la autonomía por parte del equipo de enfermería, son baratos, no invasivas, de fácil uso y no producen efectos secundarios, por lo que se convierten en métodos de primera elección.

Entre todos los estudios la combinación de vibración y frío (Buzzy®) ofrece mayor control de la ansiedad y el dolor, este dispositivo se basa en la teoría de la compuerta, bloqueando estímulos dolorosos, la vibración genera entumecimiento, parestesia y anestesia, por otro lado, el frío ralentiza la conducción nerviosa. Otro método con buenos resultados son las tarjetas de distracción, que contienen dibujos y formas que cuando se mira con atención, fijándose en ellas y respondiendo después a unas preguntas. Los estudios reflejan que estos dos métodos juntos obtienen mayores resultados de control al dolor.

Sin embargo, las intervenciones farmacológicas, son iguales de efectivas, pero suponen un mayor coste económico y temporal, entrenamiento por parte del personal y efectos secundarios, por lo que su uso es menos común.

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado a través de los estudios como un buen manejo del dolor durante las flebotomías ayudan a disminuir el dolor, ansiedad y estrés en los niños, contribuyendo así a disminuir futuros procedimientos traumáticos, que podrían mantenerse incluso en su etapa adulta.

Las herramientas ayudan al personal de enfermería a una manipulación más sencilla durante la técnica, garantizando así el éxito de la misma, que junto con el bajo coste económico y de uso de algunas de ellas hacen pensar que deberían ser incorporadas en la práctica clínica diaria para mejorar la calidad asistencial de los pacientes pediátricos durante las flebotomías.

6 Bibliografía

- 1.Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender una revisión sistemática.CASPe. Guías CASPe de lectura Crítica de la literatura médica2005;
- 2.García-Aracil, Noelia; Ramos-Pichardo, Juan Diego; Castejón-de la Encina, María Elena; José-Alcaide, Lourdes; Juliá-Sanchís, Rocío; Sanjuan-Quiles, Ángela; Efectividad de medidas no farmacológicas para la disminución del dolor y el miedo en niños durante la venopunción en urgencias: dispositivos de vibración más frío frente a distracción; BNCS; jun. 2018; <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-172959>.

3. González Núñez, María Luisa; Manejo del dolor en la consulta de enfermería pediátrica: métodos no farmacológicos tradicionales frente al dispositivo de saturación sensorial Buzzy® durante la vacunación; 2022-06-02; Universidad Miguel Hernandez; <http://dspace.umh.es/handle/11000/27732>.
4. Cocera-Martínez, Laura; Efectividad de las medidas analgésicas empleadas para el alivio del dolor durante la punción venosa en niños; 21-jul-2016; Universidad de Jaen; info:eu-repo/semantics/openAccess.
5. Castañeda Hernández, Juan Camilo; Comparación de la efectividad entre diferentes medidas, disponibles y seguras, en la prevención o disminución del dolor durante la primera punción venosa en neonatos a término; Universidad Nacional de Colombia 2019-02-14; <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69486>.
6. Inal S, Kelleci M. The effect of external thermomechanical simulation and distraction on reducing pain experienced by children during blood drawing. *Pediatr Emer Care*. 2020, 36

Capítulo 105

INHALADORES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EVA ALONSO MORALES

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

NOELIA VARGAS MUÑOZ

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

1 Introducción

Los inhaladores son dispositivos médicos que dispensan de forma inhalatoria fármacos a los pulmones por lo que son específicos de elección para patologías pulmonares, el uso correcto de inhaladores es esencial para la disminución de la mortalidad, exacerbaciones y aumento de los costes económicos que suponen para los pacientes y para el sistema sanitario.

Las enfermedades pulmonares más comunes son el ASMA, EPOC, enfisema, neumotorax, atelectasias... para ellas hay varios tipos de inhaladores según su principio activo que actúan de forma específica a ellas o como consecuencia a sus síntomas: broncodilatadores, antibióticos, corticoides y mucolíticos.

El equipo médico prescribe cada uno de ellos según dolencia y dispone de varios dispositivos específicos, también según capacidad física y cognitiva del paciente para ayudar a su fácil manejo, existen inhaladores:

-Cartucho presurizado o MID, con o sin cámara de inhalación: activados con presión, de partículas extrafinas, inhaladores de niebla fina, de autodisparo o con espaciador incorporado.

-Inhaladores de polvo seco o IPS: unidosis(se carga una cápsula por inhalación) o multidosis, el propio dispositivo ya viene cargado con muchas dosis.

-Nebulizadores.

El especialista prescribe, en función del paciente, su patología, preferencias, capacidad para inhalar y tratamiento, cuál de ellos será de mayor eficacia para cada paciente.

2 Objetivos

Demostrar a través de distintos estudios el alto porcentaje de fracasos en la adhesión de tratamiento inhalatorio en los pacientes con enfermedades pulmonares.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes Bases de datos: CUIDEN, PubMed y Scielo. Utilizado los descriptores: atención primaria, enfermería, inhaladores, tratamiento de enfermedades pulmonares en un periodo de 4 años, entre 2018-2022 y se obtienen un total de 10 artículos.

4 Resultados

Los estudios demuestran que un alto porcentaje de pacientes cometen errores críticos de uso del inhalador, más o menos en la comparativa de los estudios se obtienen que alrededor del 47% de los pacientes presentó una buena adherencia al tratamiento, pero el 60% presentó algún tipo de incumplimiento o después de un tiempo se lo administran mal, acuden de forma fortuita alguna consulta médica con un mal control de la enfermedad pulmonar, donde el tratamiento específico y correcto parece no hacer el efecto deseado, y después de la entrevista médica se da por alto algo tan sencillo como es la comprobación del buen uso del fármaco inhalatorio y se ven como hay errores básicos en la técnica de su uso y como con tan solo dando unas pequeñas pautas, queda resuelta en un plazo de tiempo como la evolución del paciente resuelve ser positiva.

Esto demuestra, la importancia de la reeducación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico periódico por parte del profesional sanitario, ya sea por parte

del equipo de Atención Primaria o Especializada, para la buena evolución del paciente, disminuyendo la gravedad espirométrica y las agudizaciones.

También es muy destacable el cese del uso de tabaco, que según la OMS, causa 8 millones de muertes al año y que de forma directa interacciona sobre los efectos de los fármacos inhalatorios, por lo que cabe destacar la importancia de la disposición de un equipo multidisciplinar, servicio médico especialista, equipo de enfermería y terapia psicológica en consultas de deshabituación tabáquica a la disposición de los pacientes dispuestos abandonar el tabaco, que mediante técnicas conductuales acompañadas de fármacos ayudan a eliminar el mayor factor de riesgo modificable.

Por ello se requiere un buen plan de entrenamiento profesional, mayor presupuesto por parte de las autoridades sanitarias y entrenamiento al equipo sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Se evidencia la mala adherencia al tratamiento inhalatorio por parte de los pacientes, lo que implica un mal manejo de la enfermedad y como consecuencia mayor número de ingresos y exacerbaciones.

Los profesionales sanitarios, tanto médicos como por parte del servicio de enfermería, deben especializarse en educación sanitaria, ser conocedores de la técnica y la terapia, que son procesos continuos que requieren confianza y empatía con nuestros pacientes.

La importancia de un seguimiento de los mismos durante su proceso de enfermedad y adhesión al tratamiento, actualización por parte de los profesionales debido a los nuevos estudios y avances en nuevos dispositivos más modernos y actuales.

6 Bibliografía

1.González Perojo, Ricardo; Tratamiento y promoción de la salud en el paciente con EPOC; Ucrea; Cos Cossio; María de los Ángeles De; 2022-05;<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/25022>.

2.Marina Magdalena González Robayna, Olga M^a Cerdeña Jiménez, San Bartolomé, Consuelo Montejo Rubio, Marta Gil Ortega; EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA INHALATORIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON INHALADORES EN FARMACIA COMUNITARIA; PharmcareESP; 14-02-2019;<https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/490>.

3. Alaniz Pierina, Alvarez Daiana, Batista Luiza, Freitas Magela, Gómez Fernanda, Souza Deborah; Valoración de la técnica inhalatoria en usuarios del Hospital Maciel, año 2019. Evaluación de la técnica en pacientes con enfermedades bronco-obstructivas y en personal de salud, Udelar. FM; 2019; <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/33901>.
4. Fernández Arce Lucía, Eiriz Manzano Laura, Martínez Rozada Alba; Estudio descriptivo de los errores más frecuentes en la técnica inhalatoria, may-2018; <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/10233>.
5. Valero Marco, Antonio Vicente; Manejo de inhaladores: conocimientos y cuidados de Enfermería; 16-jun-2017; Reposito Institucional de la Universidad de Alicante; <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67229>.

Capítulo 106

CAUSAS, TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES AL PACIENTE ADULTO CON DÉFICIT DE HIERRO

VERONICA DÍAZ ROSILLO

MARIA LASHERAS CACHO

SARAY JIMENEZ ALAVA

LAURA LOPEZ BLASCO

CLAUDIA LERIN PEREZ

1 Introducción

La anemia ferropénica afecta aproximadamente a un 30 % de la población mundial. Así lo afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y la deficiencia de hierro en ausencia de anemia es aún más frecuente.

El hierro es un mineral necesario para el crecimiento y desarrollo del cuerpo humano, ya que participa en la producción de elementos de la sangre como la hemoglobina y la mioglobina, transporta el oxígeno y dióxido de carbono, forma parte en el proceso de respiración celular, colabora en la síntesis de ADN y el colágeno y fortalece el sistema inmunitario entre otras cosas.

La deficiencia de hierro puede ser causada por un aumento fisiológico de los requerimientos de hierro en niños, adolescentes, mujeres jóvenes y embarazadas;

por la reducción de la ingesta de hierro o por una absorción patológica defectuosa o pérdida crónica de sangre en el peor de los casos.

En cuanto a la sintomatología, la anemia por deficiencia de hierro presenta signos y síntomas limitados y con frecuencia se descuidan. El más frecuente, la fatiga, es inespecífico. Otros pueden ser palidez, dolor de cabeza, uñas quebradizas, etc. Tras su diagnóstico, mediante un análisis sanguíneo o de la médula ósea (menos frecuente), el tratamiento persigue eliminar la causa subyacente y restaurar la hemoglobina (Hb) y los depósitos de hierro.

En algunos casos, como en el de los vegetarianos, niños, mujeres embarazadas o personas que no ingieren la suficiente cantidad de hierro en su dieta, es necesario educarles para que conozcan los efectos adversos de la falta de hierro y darles recomendaciones o recordarles la importancia de no olvidar tomar su suplemento oral de hierro.

2 Objetivos

- Dar a conocer los efectos adversos por déficit de hierro.
- Exponer las recomendaciones necesarias para prevenir y/o combatir el déficit de hierro.
- Mostrar el mejor modo de tomar los suplementos de hierro para que sean más efectivos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha consultado artículos en las bases de datos: PubMed y MedlinePlus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se ha revisado páginas web que proporcionan información sobre la deficiencia de hierro como MSD y Natursan.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud afirma que casi un 30% de la población mundial padece anemia ferropénica por múltiples causas. El déficit de este mineral disminuye a consecuencia de pérdidas de sangre, trastornos de absorción y/o carencias dietéticas y origina anemia ferropénica.

El hierro es un mineral necesario para el crecimiento y desarrollo del cuerpo humano a nivel físico y mental, ya que participa en la producción de elementos de la

sangre como la hemoglobina y la mioglobina, transporta el oxígeno y dióxido de carbono, forma parte en el proceso de respiración celular, colabora en la síntesis de ADN y el colágeno y fortalece el sistema inmunitario entre otras cosas.

Dentro de los grupos de personas por edad, el sexo, historial clínico y los síntomas, las causas más frecuentes se recogen de la siguiente manera:

- Bebés, niños en edad preescolar y adolescentes por aumento de los requerimientos de hierro, desnutrición, alimentación inadecuada (países menos desarrollados).
- Mujeres embarazadas o en periodo de menstruación por la misma razón que el primer grupo, además con el sangrado menstrual también se puede perder hierro.
- Vegetarianos y veganos, bajo consumo de hierro (del tipo hemo, sobre todo, que está en las carnes)
- Otras causas que pueden afectar a hombres y mujeres en la deficiencia de hierro por malabsorción del mismo o que pueden provocar pérdida de sangre son las enfermedades gastrointestinales inflamatorias, tumores, cirugías bariátricas, bypass duodenal, hematuria, toma de anticoagulantes, defectos de hemostasia tipo enfermedad de Von Willebrand entre otras.
- En los ancianos, sobre todo los pluripatológicos, las múltiples condiciones patológicas pueden secundar un déficit de hierro con o sin anemia. Como ejemplo, la insuficiencia renal crónica con o sin diálisis, insuficiencia cardíaca sistólica crónica o desnutrición.

Una vez mencionadas las múltiples causas, es necesario que la población sepan identificar los signos y síntomas de un déficit de hierro, ya que muchas veces pasan por inadvertidos y se les resta importancia:

- Cansancio y debilidad, mareo, palidez, conjuntiva del ojo blanca, uñas quebradizas, insomnio, prurito, bajo rendimiento en la concentración y capacidad de aprendizaje y riesgo de parto prematuro.
- En casos más graves, la anemia puede causar dificultad respiratoria, mareo y taquicardia con dolor torácico e insuficiencia cardíaca y se interrumpe el ciclo menstrual.
- De forma llamativa, la carencia de hierro puede causar pica (apetito de ciertos materiales no comestibles como el hielo, tierra o almidón puro) y el síndrome de las piernas inquietas (una urgencia por mover las piernas al sentarse o acostarse).
- Y muy rara vez, el déficit de este mineral causa la aparición de una fina membrana que crece y atraviesa parte del esófago y causa dificultades para tragar.

La forma más eficaz de diagnosticar un déficit de hierro con o sin anemia es a

través de un análisis de sangre completo. Y los parámetros que indican este déficit son:

- Hemoglobina, hematocrito y glóbulos rojos. Su disminución por debajo del límite, indica anemia.
- Hierro sérico, ferritina y saturación de transferrina. Su disminución por debajo del límite indica déficit de hierro.
- Mielograma: se extrae una muestra de células de la médula ósea para determinar su contenido en hierro al microscopio. Es menos frecuente.

Tras el diagnóstico de un déficit de hierro con o sin anemia, y dependiendo de la gravedad y estado clínico del paciente, se puede tratar de dos formas. Iniciar cuanto antes suplementos de hierro oral, y si es urgente cubrir este déficit de hierro o se tolera mal el hierro oral, se administra hierro endovenoso.

En cuanto a la toma de hierro oral, se puede presentar en cápsulas, tabletas, tabletas masticables y líquido. Y el paciente debe cumplir con el tratamiento mínimo dos meses y se podría seguir tomando de seis a doce meses.

Los consejos que se puede proporcionar al paciente en la toma de hierro oral son:

- El hierro tiene una mayor absorción con el estómago vacío, pero esto puede generar cólicos, náuseas o descomposición. Se puede tomar con algo de alimento para evitarlo, el mejor ejemplo un vaso de zumo de naranja. Al contener vitamina C, ayuda a la absorción de hierro.
- Evitar tomar productos como la leche, cafeína, alimentos ricos en fibra y antiácidos. Disminuyen la absorción de hierro.
- Complementar la toma de hierro con alimentos ricos en este mineral:
 - Hierro hemo: de origen animal (está en la carne y pescado). Se absorbe mejor y más cantidad.
 - Hierro no hemo: en frutas y verduras. Se absorbe en muy baja cantidad.
- Describir los beneficios de mantener unos niveles adecuados de hierro:
 - Ayudan al crecimiento y desarrollo de los niños a nivel físico y mental.
 - Mantiene el sistema inmunitario en buen estado.
 - Aumenta la resistencia a enfermedades.
- Finalmente, explicar los efectos secundarios de los suplementos de hierro:
 - El más común es el estreñimiento. Náusea y/o vómitos.
 - Heces de color negro. El paciente debe saberlo para que no se asuste.
 - La presentación líquida de hierro puede manchar los dientes.

Transcurrido el tiempo necesario de la toma de suplementos (de 2 a 6 meses), es necesario que el paciente se realice un nuevo control analítico para asegurarse de que ha cubierto estos requerimientos de hierro.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la deficiencia de hierro es muy común a nivel mundial y se debe tratar a tiempo, ya que es necesario para realizar muchas actividades del día a día. Sus síntomas pasan por inadvertidos y el hecho de restarles importancia, puede llegar a ocasionar una anemia grave. El individuo debe conocer alguno de estos síntomas para poder acudir a su médico y realizar las pruebas diagnósticas necesarias, puesto que la deficiencia de hierro puede estar indicando que no solo hay falta del mismo, sino que puede ser secundario a una enfermedad grave como un cáncer de colon por ejemplo o una hemorragia interna sin diagnosticar.

Está visto que el tratamiento es muy sencillo e implica que el individuo sea responsable en cuanto a la toma de los suplementos de hierro y tenga conocimiento de cómo tomarlos para aumentar su absorción y prevenir los efectos secundarios. Y para aquellos que lo toleran muy mal, siempre existe la opción de administrarlo endovenosos, salvo alguna contraindicación.

También es importante incentivar al paciente infantil y adulto a tomar una dieta rica en hierro en su día a día, para prevenir un futuro déficit de hierro.

6 Bibliografía

1. García Erce, J. A., Altés, A., López Rubio, M., Remacha, A. F., de la O Abío, M., Benítez, D., et al. 2020. Manejo del déficit de hierro en distintas situaciones clínicas y papel del hierro intravenoso: recomendaciones del Grupo Español de Eritropatología de la SEHH. *Revista clinica espanola*, 220(1), 31–42.
2. Camaschella, C. (2019). Iron deficiency. *Blood*, 133(1), 30–39.
3. Tomar suplementos de hierro. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 9 de septiembre de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007478.htm>.
4. Pérez, C. (2014, febrero 11). Hierro: qué es, funciones, beneficios, alimentos ricos y síntomas carenciales. *Natursan*. <https://www.natursan.net/hierro/>.
5. Johnson, L. E. (s/f). Déficit de hierro. Manual MSD versión para público general. Recuperado el 9 de septiembre de 2023, de <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-nutricionales/minerales/d%C3%A9ficit-de-hierro>

Capítulo 107

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CARNES ROJAS Y CÁNCER COLORRECTAL, UNA REVISIÓN POR ENFERMERÍA

VIRGINIA MERINO GARCIA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

1 Introducción

Cuando se habla de cáncer colorrectal, tenemos que pensar en uno de los tumores más influyentes del mundo. Tanto es así, que es el causante de hasta 600.000 muertes al año, según ciertas estimaciones, siendo el tercer tipo de tumor más frecuente en el género masculino y el segundo en el femenino [1], llegando a triplicar sus tasas en este último medio siglo en países como Noruega [2].

Uno de los factores más influyentes a la hora de padecer cáncer colorrectal, es la edad. A partir de los 65 años, el caso de padecer dicha patología se eleva exponencialmente hasta llegar al 70% de los pacientes, por ello una buena estrategia de actuación es esencial para la prevención o actuación temprana [1].

Pese a que el consumo de nutrientes como fibra, cereales de tipo integral o calcio se asocian a una menor probabilidad de padecer este tipo de cáncer, mientras que hablamos del caso inverso a la hora de hablar del consumo de las carnes rojas [3,4].

Ante esta problemática mundial, muchos de los estudios se han centrado tanto en problemas dietéticos, donde encontramos el consumo de carnes rojas y carnes procesadas, como en otros factores de nuestra vida cotidiana que pueden ser modificables. Alguno de estos son el sobrepeso, la inactividad física y el tabaquismo [1,3,4].

2 Objetivos

Comprobar si los hábitos dietéticos, especialmente el consumo de carnes rojas, influye positivamente a la hora de padecer cáncer colorrectal.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se ha realizado buscando información en la base de datos Web Of Science Y Google Académico. Con la literatura encontrada se realizó una revisión seleccionando los artículos más relevantes acordes con el tema relacionado.

Para la búsqueda se emplearon palabras clave como: "cáncer colorrectal", "carnes rojas", "dieta" y "consumo".

4 Resultados

Zharweri Zhao et al realizaron un estudio de revisión extenso donde se analizaron varios factores de relación de consumo de carnes rojas con el padecimiento de cáncer colorrectal.

Se extraen datos como la correlación positiva, centrándose en la cantidad de carne roja consumida, como entre el consumo progresivo de 100 g/día de carnes rojas y el padecer cáncer colorrectal ($p < 0.05$).

De hecho, estos datos también son estadísticamente positivos cuando la dosis-respuesta es de 50g/día; información que no tiene tanta repercusión cuando se habla de cáncer de colon proximal.

Es así, que el estudio de Knuppel et al, reflejó que el consumo de estas carnes, ya sean rojas o procesadas, se eleva la probabilidad de padecer cáncer colorrectal a

un 22% e incluso un 36% con un consumo mayor a 50g/día. Por otro lado, también se comprobó con el consumo de carnes blancas, como el pavo. Los datos revelan un porcentaje insignificante en comparación con las rojas [5].

El consumo de tabaco y carnes rojas, según el estudio de Marko Lukic et al representa que la asociación sinérgica entre factores dañinos para la salud, en este caso el tabaco, con el consumo de estas carnes, eleva sustancialmente el porcentaje del diagnóstico de la enfermedad. Según reflejas los datos, se observó un aumento en el riesgo de padecerlo del 40%. Esta información, resalta que casi una quinta parte de los diagnósticos establecidos es asociado a hábitos de vida no saludables [3].

Los hábitos saludables, ya sean mediante la alimentación, vida activa, con la realización de ejercicio físico o la modificación de los hábitos perjudiciales, son la base principal para disminuir la probabilidad de padecer el cáncer colorrectal. Además, el trabajo que realizan los enfermeros especialistas en Enfermería Comunitaria con los cribados de cáncer colorrectal, son esenciales para un tratamiento precoz y eficaz [6].

5 Discusión-Conclusión

El cáncer colorrectal y el consumo de carnes rojas está relacionado con su aparición. Por lo tanto, la disminución en la alimentación del día a día debería estar restringida a unas porciones menores. Además, conseguir llevar una vida saludable ayuda a no diagnosticar dicha enfermedad.

Un estudio reciente de Nurses'Health resaltaron que combinar día a día el tabaco, alcohol, calcio, ingesta autónoma de multivitaminas, índices de masa corporal mayores de 30 eran los causantes del 37% de diagnósticos de cáncer colorrectal [5].

Por lo tanto, evitar el consumo de carnes rojas y llevar a cabo una dieta rica en frutas, verduras, cereales y lácteos desnatados disminuye la aparición de dicha enfermedad.

6 Bibliografía

1. Argilés G, Tabernero, Labianca R, Salazar R et al. Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annalsofoncology.org*. 20 July 2020 [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.annalsofoncology.org/action/showPdf?pii=S0923-7534%2820%2939932-4>.

2. Kulshrestha R, Tiwari S. Diet and colon cancer: A comprehensive review. En: *Colon Cancer Diagnosis and Therapy*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 53–71. [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-64668-4_3
3. Lukic M, Licaj I, Laaksonen MA, Weiderpass E, Borch KB, Rylander C. The burden of colon cancer attributable to modifiable factors—The Norwegian Women and Cancer Study. *Int J Cancer* [Internet]. 2023;152(2):195–202. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.34237>.
4. Zhao Z, Feng Q, Yin Z, Shuang J, Bai B, Yu P, et al. Red and processed meat consumption and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget* [Internet]. 2017 [citado el 13 de septiembre de 2023];8(47):83306–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18632/oncotarget.20667>.
5. Veettil SK, Wong TY, Loo YS, Playdon MC, Lai NM, Giovannucci EL, et al. Role of diet in colorectal cancer incidence: Umbrella review of meta-analyses of prospective observational studies. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 [citado el 13 de septiembre de 2023];4(2):e2037341. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37341>.
6. Solera Alberio J, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, Carbayo Herencia JA, López Cara MA. Consumo de carnes y cáncer colorrectal [Internet]. *Medicina General y de Familia*. 2012 [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://mgfy.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V1N5/V1N5_210_215.pdf.

Capítulo 108

LA CONFIDENCIALIDAD EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

NAIRA CORDERO GUTIÉRREZ

1 Introducción

Hablamos de intimidad como aquel concepto, el cual guarda relación directa con los valores que nos definen como seres humanos y que a lo largo del paso del tiempo adquirimos como propios.

En la Constitución española ya se reconoce el derecho a la intimidad y confidencialidad como un derecho fundamental con el principal objetivo de preservar la intimidad de las personas.

Dichos derechos, que se mencionan anteriormente, toman gran importancia en el campo sanitario, ya que a la hora de prestar atención sanitaria, el paciente está revelando desde el primer momento datos que guardan relación a su estado de salud y, por lo tanto, datos confidenciales y sensibles.

El compromiso derivado de vulnerar los derechos mencionados anteriormente puede ser civil, administrativa y penal; y como consecuencia de ello puede conllevar sanciones de tipo administrativo, indemnizaciones e incluso penas de prisión o la inhabilitación del profesional que los vulnere.

En la consulta de atención primaria guarda especial importancia potenciar la relación clínica entre el paciente y el profesional para generar de este modo la confianza necesaria en los profesionales de la medicina y de este modo llevar a cabo el principal objetivo de cualquier sistema de salud que es prestar la mejor asistencia sanitaria a sus ciudadanos.

2 Objetivos

- Dar a conocer cuáles son las medidas de seguridad que pueden aplicarse en la práctica clínica de una consulta de enfermería de atención primaria con el fin de preservar el derecho a la confidencialidad de los pacientes.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica de la literatura castellana posterior al año 2003 en distintas bases de datos como: Elsevier, Scielo y varias guías clínicas. Como palabras clave se han utilizado las siguientes: bioética, confidencialidad e intimidad y Atención Primaria.

4 Resultados

En cuanto a las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad de todos los datos personales de los pacientes en las consultas de atención primaria, podemos destacar las siguientes:

- Llevar a cabo un programa de formación desde la dirección o gerencia de Atención Primaria y los propios centros sanitarios para que no solo se forme sobre el concepto de la confidencialidad, sino que también se muestre las posibles consecuencias derivadas de su incumplimiento.
- Fomentar el uso de contraseñas seguras y evitar acciones que vulneren la seguridad de las mismas, como puede ser dejar nuestra sesión abierta y que otro pueda utilizarla en nuestra ausencia, pudiendo obtener de este modo información.
- Evitar apuntar las contraseñas en lugares en los que otros puedan verlas.
- No enviar información relacionada con nuestros pacientes a través de plataformas electrónicas como puede ser el correo.
- Procurar cerrar la sesión informática o bloquearla siempre y cuando la persona se vaya a ausentar un tiempo más o menos prolongado.
- Esquivar todas aquellas situaciones en las que puedan quedar datos en la pantalla del ordenador que otros puedan ver.
- Intentar cerrar la puerta en todas aquellos momentos en los que estemos atendiendo a un paciente o hablando con cualquier otro profesional sobre algún paciente; explorando o llevando a cabo cualquier otra actividad sanitaria.
- Entregar siempre un consentimiento informado a aquellos pacientes sobre los que tengamos especial interés en incluir fotos o datos relacionados con su salud a plataformas de investigación, con el fin de evitar futuros problemas.

- Asegurar el uso de materiales como biombos o cortinas dentro de la consulta mientras se llevan a cabo diversas tareas con el fin de guardar la intimidad del paciente, ya que es muy frecuente la apertura de la puerta en mitad de la consulta.

5 Discusión-Conclusión

La prevención es la herramienta principal, además de la formación de los diferentes trabajadores en el cumplimiento de la confidencialidad; siendo esto de gran importancia para garantizar este derecho.

El grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria ha formado un grupo de trabajo para examinar estos aspectos de la confidencialidad en las consultas de atención primaria, que tiene entre sus objetivos principales crear un documento que sea la base para la formación de forma continuada de todos aquellos profesionales que forman parte del equipo de atención primaria; lo cual puede ser una aportación muy necesaria a la calidad de la atención primaria.

6 Bibliografía

1. Altisent R, Delgado Marroquín MT. Bioética en atención primaria: cuestiones de confidencialidad. *Aten Primaria* [Internet]. 1998 [citado el 10 de septiembre de 2023]; 21(7):423–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-bioetica-atencion-primaria-cuestiones-confidencialidad-15094>.
2. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2006 [citado el 10 de septiembre de 2023]; 29:49–59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600006.

Capítulo 109

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ANGINA DE PECHO

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

1 Introducción

La angina de pecho, también conocida como angina pectoris, es una afección médica caracterizada por dolor o molestias en el pecho debido a una disminución temporal del flujo sanguíneo al corazón. Esta afección se considera un síntoma de enfermedad coronaria, que es una enfermedad arterial coronaria que afecta a las arterias que suministran sangre al músculo cardíaco.

El dolor o malestar en el pecho que experimentan las personas con angina de pecho suele ser desencadenado por el esfuerzo físico, el estrés emocional o la exposición al frío, ya que estos factores pueden aumentar la demanda de oxígeno del corazón. La angina se describe comúnmente como una sensación de opresión, constricción, ardor o presión en el pecho, que a menudo se irradia hacia el brazo izquierdo, el cuello, la mandíbula o la espalda.

Existen diferentes tipos de angina de pecho, pero la más común es la angina estable, que generalmente se alivia con el reposo o la nitroglicerina. Sin embargo, la angina inestable es más grave y puede indicar un aumento del riesgo de un evento cardiovascular agudo, como un infarto de miocardio.

El diagnóstico de la angina de pecho se basa en la evaluación de los síntomas, la historia clínica del paciente y pruebas como el electrocardiograma y pruebas de esfuerzo. El tratamiento de la angina puede incluir cambios en el estilo de vida, medicamentos para reducir la carga de trabajo del corazón y procedimientos como la angioplastia o la cirugía de derivación coronaria en casos graves.

La angina de pecho es una afección caracterizada por dolor o molestias en el pecho debido a la disminución temporal del flujo sanguíneo al corazón. Es un síntoma de enfermedad coronaria y requiere una evaluación y manejo médico adecuados para prevenir complicaciones graves.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel fundamental en el cuidado de pacientes con angina de pecho, ya que esta condición requiere una atención integral para aliviar el dolor, prevenir complicaciones y promover un estilo de vida saludable. Aquí se describen las funciones clave del enfermero en el cuidado de pacientes con angina de pecho:

Evaluación y monitoreo: El enfermero realiza una evaluación minuciosa del paciente con angina de pecho, incluyendo la historia clínica, los síntomas actuales y la medición de la presión arterial y los signos vitales. El monitoreo continuo es esencial para detectar cambios en el estado del paciente y evaluar la efectividad del tratamiento.

Alivio del dolor: El alivio del dolor es una prioridad. El enfermero administra medicamentos recetados, como la nitroglicerina, para aliviar el dolor torácico. También educa al paciente sobre cuándo y cómo usar estos medicamentos en caso de angina.

Educación: El enfermero brinda educación al paciente sobre la angina de pecho, sus desencadenantes, síntomas de alarma y medidas de prevención. Esto incluye orientación sobre cambios en el estilo de vida, como una dieta baja en grasas y sodio, la importancia del control de la presión arterial y la necesidad de evitar el tabaquismo.

Seguimiento y registro: El enfermero registra las intervenciones realizadas, los síntomas del paciente y los resultados de las pruebas de diagnóstico. Esto ayuda en la evaluación continua del paciente y en la toma de decisiones clínicas.

Apoyo emocional: La angina de pecho puede generar ansiedad y preocupación. El enfermero ofrece apoyo emocional, escucha activamente al paciente y brinda información que ayude a reducir el estrés relacionado con la enfermedad.

Promoción de la adherencia al tratamiento: El enfermero trabaja con el paciente para asegurarse de que comprenda y siga el plan de tratamiento, incluyendo la toma de medicamentos, el seguimiento médico regular y los cambios en el estilo de vida. Fomenta la importancia de cumplir con las indicaciones médicas para prevenir futuros episodios de angina.

Coordinación del cuidado: El enfermero colabora estrechamente con el equipo de atención médica, incluyendo médicos, especialistas en cardiología y fisioterapeutas, para garantizar una atención integral y coordinada.

El enfermero desempeña un papel esencial en el cuidado de pacientes con angina de pecho al realizar evaluaciones, aliviar el dolor, educar al paciente, promover cambios en el estilo de vida y proporcionar apoyo emocional. Su enfoque centrado en el paciente y la coordinación con otros profesionales de la salud son cruciales para garantizar un manejo efectivo de esta afección cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la salud y calidad de vida de un paciente en tratamiento por angina de pecho, es vital seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, es fundamental mantener una comunicación abierta y regular con su equipo médico, reportando cualquier cambio en los síntomas o efectos secundarios de los medicamentos.

En segundo lugar, siga rigurosamente su plan de tratamiento, lo que incluye tomar sus medicamentos según las indicaciones médicas, realizar cambios en su estilo de vida (como llevar una dieta baja en grasas y sodio, realizar actividad física regularmente y evitar el tabaco) y acudir a todas las citas médicas programadas.

Finalmente, aprenda a reconocer los factores desencadenantes de la angina y evítelos en la medida de lo posible, ya que esto puede ayudar a reducir la frecuencia de los episodios. Además, mantenga un registro de su presión arterial en casa si se le indica, y no dude en buscar apoyo emocional o psicológico si la ansiedad o el estrés están afectando su bienestar. La participación activa en su cuidado y la colaboración con su equipo de salud son esenciales para un manejo efectivo de la angina de pecho.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 110

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUE SE SOMETE A UN CATETERISMO

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

1 Introducción

El cateterismo es un procedimiento médico que implica la inserción de un catéter, un tubo delgado y flexible, en el cuerpo para acceder a diversas áreas internas con fines diagnósticos o terapéuticos. Este procedimiento se utiliza en diversas especialidades médicas, como cardiología, radiología intervencionista, urología y más. A continuación, se proporciona una definición detallada del cateterismo:

El cateterismo puede tener varias finalidades:

Diagnóstico: En cardiología, se realiza el cateterismo cardíaco para evaluar la función del corazón y los vasos sanguíneos. Se introduce un catéter a través de una arteria o vena, por lo general en la ingle o la muñeca, y se navega hasta el corazón. Esto permite medir la presión arterial en las cámaras cardíacas, tomar

imágenes radiográficas (angiografía) para identificar bloqueos o anomalías, y recopilar muestras de sangre para determinar la concentración de oxígeno en diversas áreas del corazón.

Terapéutico: En algunos casos, el cateterismo se utiliza para realizar procedimientos terapéuticos. Por ejemplo, en la angioplastia coronaria, un catéter se utiliza para abrir arterias coronarias estrechas mediante la inflación de un pequeño balón en el extremo del catéter. Además, los stents (dispositivos de malla metálica) se pueden colocar a través del cateterismo para mantener las arterias abiertas.

Drenaje o evacuación: El cateterismo también se usa para drenar líquidos acumulados, como orina en el caso de la colocación de un catéter urinario o líquido cefalorraquídeo en el caso de un drenaje ventricular en neurocirugía.

Control de sangrado: En cirugía vascular, se pueden usar catéteres para inyectar sustancias que ayuden a detener el sangrado en un vaso sanguíneo.

El cateterismo es un procedimiento médico complejo que requiere un alto nivel de habilidad y experiencia por parte del personal médico. Es importante que se realice en un entorno controlado y seguro para minimizar los riesgos asociados. Los avances tecnológicos han permitido que el cateterismo se utilice en una amplia variedad de aplicaciones médicas, mejorando el diagnóstico y el tratamiento de diversas condiciones de salud.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel esencial en la realización de un cateterismo, un procedimiento médico que involucra la inserción de un catéter en el cuerpo para diversos fines, como diagnóstico o tratamiento. Aquí se describen las funciones clave del enfermero en este proceso:

Preparación del paciente: Antes del procedimiento, el enfermero debe proporcionar una explicación clara y comprensible al paciente sobre lo que implica el cateterismo, los objetivos y los posibles riesgos. También se encarga de obtener el consentimiento informado del paciente. Es importante abordar las preocupaciones y preguntas del paciente para reducir la ansiedad.

Preparación del equipo y el entorno: El enfermero se encarga de asegurarse de que todo el equipo y el entorno estén preparados y esterilizados adecuadamente. Esto incluye verificar que los catéteres, cables y monitores estén en buen estado y que el área esté completamente limpia y desinfectada.

Apoyo al médico o especialista: Durante el procedimiento, el enfermero asiste al médico o especialista, proporcionando los instrumentos y materiales necesarios, como catéteres y guías. También monitorea constantemente al paciente, controlando los signos vitales y reportando cualquier cambio inusual.

Manejo de complicaciones: El enfermero debe estar preparado para identificar y responder a cualquier complicación que pueda surgir durante el cateterismo, como una reacción alérgica, un sangrado inesperado o arritmias cardíacas. Debe tener conocimientos en técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de ser necesario.

Cuidado postoperatorio: Después del cateterismo, el enfermero sigue siendo crucial en el cuidado del paciente. Esto incluye observar y controlar cualquier sangrado en el sitio de inserción del catéter, evaluar la función cardíaca y vascular y garantizar que el paciente esté cómodo y bien informado sobre los posibles efectos secundarios o precauciones posteriores.

Educación al paciente: El enfermero brinda instrucciones al paciente sobre el autocuidado, como el manejo de posibles complicaciones o la necesidad de mantener el área de inserción del catéter limpia y seca. También proporciona información sobre las restricciones o actividades que deben evitarse después del procedimiento.

Documentación y registro: Es fundamental que el enfermero documente de manera precisa y detallada todos los aspectos del procedimiento, desde la preparación hasta el seguimiento postoperatorio. Esto asegura una historia clínica completa y proporciona datos cruciales para la atención continua del paciente.

El enfermero desempeña un rol multifacético en la realización de un cateterismo, desde la preparación y apoyo al paciente hasta la asistencia al médico durante el procedimiento y el cuidado postoperatorio. Su habilidad, conocimiento y atención son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una buena realización de un cateterismo, es esencial seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación y la empatía con el paciente son fundamentales. Proporcione una explicación clara del procedimiento, escuche sus preocupaciones y responda a sus preguntas para reducir la ansiedad. Un paciente informado es más propenso a cooperar durante el cateterismo.

En segundo lugar, asegúrese de que todo el equipo y el entorno estén completamente preparados y esterilizados. La meticulosidad en la preparación reduce los riesgos de infección y complicaciones. Durante el procedimiento, mantenga una vigilancia constante del paciente y esté preparado para abordar cualquier problema que pueda surgir. Finalmente, después del cateterismo, brinde cuidados postoperatorios de calidad, monitoree al paciente y proporcione orientación sobre el autocuidado y las precauciones necesarias. La atención atenta y compasiva es esencial para un cateterismo exitoso y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 111

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUE SE LE COLOCA UN MARCAPASOS

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

1 Introducción

Un marcapasos es un dispositivo médico implantable diseñado para regular y controlar el ritmo cardíaco de una persona cuando el corazón no puede hacerlo de manera adecuada por sí solo. Su nombre proviene de su función principal: "marcar el paso" o establecer el ritmo de las contracciones cardíacas. Aquí se presenta una definición más detallada:

El marcapasos consta de varias partes esenciales, incluyendo uno o más cables (electrodos) que se colocan en el corazón y el propio dispositivo, que generalmente se implanta bajo la piel, cerca del hombro. El marcapasos funciona detectando las señales eléctricas naturales del corazón y, cuando es necesario, envía impulsos eléctricos para estimular las contracciones cardíacas.

Existen diferentes tipos de marcapasos según las necesidades del paciente. Los marcapasos de un solo cable controlan una cámara del corazón (aurícula o ventrículo), mientras que los marcapasos bicamerales regulan ambas cámaras. Además, algunos marcapasos son programables, lo que permite a los médicos ajustar la configuración para adaptarse al ritmo cardíaco específico del paciente.

Los marcapasos son utilizados para tratar una variedad de trastornos del ritmo cardíaco, como la bradicardia (ritmo cardíaco lento) y la arritmia, que pueden resultar en síntomas como fatiga, mareos, desmayos y falta de aliento. Estos dispositivos mejoran la calidad de vida y la función cardíaca de quienes los necesitan, permitiéndoles llevar una vida más activa y saludable.

Un marcapasos es un dispositivo médico implantable que regula el ritmo cardíaco al enviar impulsos eléctricos al corazón cuando es necesario. Esto es fundamental para tratar y controlar trastornos del ritmo cardíaco y mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La colocación de un marcapasos es un procedimiento médico especializado que requiere un equipo médico altamente capacitado, en el que el enfermero desempeña un papel crucial. Aquí se describen las funciones fundamentales del enfermero en este proceso:

Preparación del paciente: Antes del procedimiento, el enfermero se encarga de

tranquilizar y preparar al paciente. Esto implica proporcionar información detallada sobre el procedimiento, obtener el consentimiento informado y asegurarse de que el paciente esté en las mejores condiciones físicas y emocionales posibles para la cirugía.

Preparación del equipo y el entorno: El enfermero asegura que el quirófano esté completamente equipado y esterilizado de acuerdo con los estándares médicos. Verifica que todos los instrumentos, catéteres y cables necesarios estén listos y en perfectas condiciones de funcionamiento.

Apoyo al cardiólogo o especialista: Durante el procedimiento, el enfermero trabaja en estrecha colaboración con el cardiólogo o el especialista encargado de la colocación del marcapasos. Esto implica asistir en la inserción de los cables (electrodos) en el corazón y en la ubicación adecuada del dispositivo bajo la piel, generalmente cerca del hombro.

Monitoreo constante: El enfermero está a cargo de monitorear constantemente al paciente durante todo el procedimiento. Esto incluye la observación de los signos vitales, la vigilancia del ritmo cardíaco y la presión arterial, y la detección temprana de cualquier complicación potencial.

Manejo de complicaciones: Si surge alguna complicación durante la colocación del marcapasos, como sangrado, arritmias o reacciones alérgicas, el enfermero debe estar preparado para tomar medidas inmediatas para controlar la situación y notificar al equipo médico.

Cuidado postoperatorio: Después de la colocación del marcapasos, el enfermero sigue siendo esencial en el cuidado del paciente. Esto implica observar y evaluar cualquier signo de infección en el sitio de incisión, realizar pruebas de funcionamiento del marcapasos y proporcionar instrucciones al paciente sobre el autocuidado y las precauciones posteriores.

Educación al paciente: El enfermero brinda instrucciones al paciente sobre cómo cuidar adecuadamente el sitio de la incisión, cómo reconocer signos de infección o problemas con el marcapasos, y la necesidad de programar revisiones y seguimiento médico regular.

Documentación y registro: El enfermero documenta de manera precisa y detallada todo el proceso, desde la preparación hasta la colocación y el cuidado postoperatorio. Esto garantiza un historial médico completo y proporciona información esencial para la atención continua del paciente.

El enfermero desempeña un papel esencial en la colocación de un marcapasos al preparar al paciente, asistir al equipo médico durante el procedimiento, monitorear al paciente y brindar cuidados postoperatorios y educación. Su atención meticulosa y su capacidad para trabajar en equipo son cruciales para garantizar el éxito del procedimiento y el bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar una colocación exitosa del marcapasos, es crucial que el paciente se sienta informado y tranquilo antes del procedimiento. Como enfermero, mi principal recomendación es mantener una comunicación abierta y comprensiva con el paciente. Proporcione una explicación detallada del procedimiento, respondiendo a sus preguntas y aliviando sus preocupaciones. Un paciente bien informado es más propenso a cooperar durante el procedimiento y a experimentar menos ansiedad.

Además, la coordinación y el trabajo en equipo son esenciales. Colabore estrechamente con el cardiólogo o el especialista, asegurándose de que todos los instrumentos y equipos estén preparados y esterilizados adecuadamente. Durante el procedimiento, mantenga una atención constante al estado del paciente y esté preparado para abordar cualquier complicación de manera efectiva. La combinación de una comunicación empática y una atención meticulosa son fundamentales para garantizar un procedimiento exitoso y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 112

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

El cuidado y tratamiento de las heridas es primordial para la correcta evolución y curación de las mismas. Hay distintas clases de heridas, por ello hay que realizar la correcta clasificación de éstas, saber ante que herida nos encontramos para poder aplicar el tratamiento adecuado. Las heridas se clasifican de la siguiente manera:

- Herida limpia: son heridas que se producen de manera no traumática y no tienen por qué estar contaminadas ni contaminarse, ya que no se penetra en vías respiratorias, sistema genitourinario ni se accede a tejidos con posibilidad de infección, suelen cicatrizar por la llamada primera intención y el riesgo de contaminación es exógeno. La curación de la herida es primaria.
- Heridas limpias-contaminadas: son las ocasionadas cuando se penetra en cavidades comunicadas con el exterior, por ejemplo, en aperturas controladas del tracto respiratorio, tracto urinario y tubo digestivo, debido a que en su interior albergan una flora que al salir al exterior puede contaminar y producir infección de la herida.
- Heridas contaminadas: son producidas tras la perforación controlada del tubo digestivo, tracto urinario y respiratorio reciente, por un derrame del contenido que se origina en el tubo digestivo e incisiones agudas que pueden generar pus.

- Heridas sucias: estas son las heridas que se llevan a cabo de manera traumática producidas con cuerpos extraños y perforaciones de más de 10 horas, abscesos o peritonitis. Son heridas con mayor tendencia a infectarse.

Los signos de valoración para cualquier herida quirúrgica son, entre otros:

En primer lugar, hay que conocer la localización de herida y el sitio anatómico donde está, concretando la fecha de aparición de la lesión, posibles complicaciones y la evolución. también se debe describir el tamaño, forma, tratamiento al igual que el estadio de la cicatrización. Se deben tomar medidas de profundidad, longitud y anchura y de la existencia de tractos subcutáneos. También se observará si hay exudados o indicios de aparición de infección tanto sistémica como local.

2 Objetivos

- Explicar la clasificación, el tratamiento, así como las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el postoperatorio de las heridas quirúrgicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado palabras clave como heridas quirúrgicas.

4 Resultados

Las heridas quirúrgicas pueden presentar distintas complicaciones, éstas hay que saber diferenciarlas para así poder diagnosticarlas y tratarlas. Las principales complicaciones que pueden aparecer son:

- Seroma: es la acumulación de grasa líquida, suero o linfa en parte profunda de la herida. Suele ser una de las complicaciones más frecuentes, en la exploración se observa la tumefacción de la piel, que puede doler cuando se ejerce presión sobre la misma y con salida de líquido. Si su tamaño es muy grande se ha de proceder a su drenaje.

- **Sangrado y hematoma:** se produce cuando hay sangre por debajo de la herida, si el hematoma es fluctuante se ha de drenar con una aguja de gran tamaño, si existe un hematoma fluctuante grande se drenará con una aguja de gran calibre, si el hematoma se volviera a formar, se debería abrir de nuevo la sutura y ligar los vasos sanguíneos que estén abiertos.
- **Infección de la herida:** hay varios factores como puede ser la diabetes, malnutrición, uso de corticoesteroides o falta de higiene que favorecen la infección. En estos casos se recomienda la toma de cultivos de muestras para así poder descartar una infección, también habrá que evaluar la aparición de dolor, eritema, secreción de pus, calor local y fiebre asociada, por lo que habría que realizar hemocultivo. El facultativo pautará el tratamiento antibiótico empírico tras los resultados de los cultivos.
- **Necrosis:** es producida cuando el aporte de sangre es insuficiente, puede ser por factores intrínsecos como exceso de tensión, infección o los hematomas, o por factores extrínsecos como radiación, cirugías previas y enfermedades sistémicas entre otras.
- **Cicatrices hipertróficas:** el tejido cicatricial se eleva, pero está dentro de los bordes de la propia herida.
- **Eventración y evisceración:** la eventración es una hernia con contenido intestinal relacionada con la cicatriz de una laparotomía, suele aparecer en el postoperatorio tardío. La evisceración es la protrusión de las vísceras abdominales, causada por la dehiscencia de los planos de la pared abdominal tras la realización de una laparotomía.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las heridas quirúrgicas, sanarán por primera intención con cierre primario mediante la aplicación de puntos y/o grapas. En cambio, el cierre de segunda intención ya implica la creación de un nuevo tejido para poder proporcionar el cierre desde la base de la herida hasta su superficie.

Es necesario que el personal de enfermería aplique el adecuado cuidado de las heridas quirúrgicas para así poder prevenir posibles complicaciones vigilando la correcta evolución del proceso de cicatrización, debiendo conocer las posibles complicaciones para poder diagnosticarlas de manera precoz y tratarlas adecuadamente. Pueden aparecer complicaciones leves que con un manejo local correcto son solucionables, en cambio otras se deberán tratar con medidas más invasivas que pueden llegar a necesitar anestesia e incluso revisión quirúrgica.

6 Bibliografía

1. Clasificación. Herida quirúrgica aguda - Información [Internet]. Sergas.gal. [citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Clasificacion-Cirurxica?idioma=es>.
2. García González RF, Gago Fornell M, Chumilla López S, Gaztelu Valdés V. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado el 19 de julio de 2023];24(3):132–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300007.
3. Velázquez Mendoza JD, García Celedón SH, Velázquez Morales CA, Vázquez Guerrero MÁ, Vega Malagón AJ. Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes con cirugía abdominal. Cir Gen [Internet]. 2011 [citado el 19 de julio de 2023];33(1):32–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000100006.

Capítulo 113

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA HIPONATREMIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

VIRGINIA MERINO GARCIA

DAVID RONCERO GARCIA

ALEXANDRA LAZAR

FRANCISCO LÓPEZ CANO

1 Introducción

En situación de equilibrio, la ingesta de agua y su pérdida son iguales. A pesar de las variaciones de la ingesta hídrica, la concentración osmótica de líquidos corporales se mantiene constante entre 285 y 290 mosm/kg (miliosmoles por kilogramo) de agua.

El sodio es el catión más abundante en el líquido extracelular (LEC), siendo su valor normal entre 132 y 145 meq/l (miliequivalentes/litro). La osmolaridad del líquido extracelular (LEC) está determinada principalmente por el sodio. Algunos diuréticos se basan en este principio para inducir la diuresis. Además de mantener la osmolaridad intracelular y regular el equilibrio ácido-base, también realiza otras funciones importantes como potenciar la transmisión de los impulsos nerviosos, activar algunas reacciones enzimáticas, estimular la contractilidad del miocardio, el músculo esquelético y el músculo liso.

El intestino absorbe el sodio y los riñones lo eliminan. Cuando las concentraciones de sodio aumentan, el organismo realiza ajustes mediante la estimulación del mecanismo de la sed, lo que hace que la persona ingiera cantidades adicionales de agua.

Consideramos hiponatremia a la concentración sérica de sodio por debajo 135 meq/l. Esto se puede deber a que la concentración de sodio es muy baja o porque exista un exceso de agua con relación al sodio (hiponatremia por dilución). Las principales causas de hiponatremia son:

1. Exógena (capacidad renal de dilución normal): como la polidipsia.
2. Alteración de la capacidad renal de dilución, independiente de la hormona antidiurética (ADH): como la enfermedad de Addison.
3. Hipersecreción de ADH: síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH).

2 Objetivos

Conocer y explicar el papel fundamental de los profesionales de enfermería en los pacientes con hiponatremia (concentración sérica de sodio inferior a 135 mEq/l).

3 Metodología

Se realiza un análisis de la literatura científica con la finalidad de encontrar los mejores resultados que puedan responder a nuestro objetivo.

Para analizar los cuidados necesarios que debe tener en cuenta el profesional de enfermería, se lleva a cabo una búsqueda de fuentes bibliográficas en las bases de datos de PubMed, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Dialnet.

Se han seleccionado los artículos científicos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es importante tener en cuenta que la disminución de la concentración de sodio causa edema celular, lo que afecta negativamente en el sistema nervioso central (SNC), con depresión de dicho SNC y edema cerebral. Es importante vigilar los signos y síntomas en estos pacientes (cambios en el nivel de conocimiento o en el estado mental, cefalea, cambios en la personalidad e irritabilidad). Los síntomas gastrointestinales (GI) de la hiponatremia son náuseas, vómitos, molestias abdominales y diarrea.

La hiponatremia grave (115 meq/l o menos) causa contracciones musculares y temblores, debilidad focal, convulsiones, signos de incremento de la presión intracraneal y coma.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es definir y corregir la causa subyacente de la hiponatremia y reponer el sodio perdido o restringir la ingesta de líquido.

Es prudente aumentar la concentración plasmática de sodio de 0.5 a 1 mEq/l/h hasta alcanzar un nivel de 120-125 mEq/l; más adelante el sodio puede restablecerse más lentamente en varios días. Como el sodio es abundante en una dieta equilibrada, los pacientes que conservan la capacidad para comer y beber, pueden reponer fácilmente las concentraciones bajas de sodio.

Sin embargo, en la hiponatremia más grave o en los pacientes que no pueden consumir alimentos por vía oral puede ser necesaria la administración de soluciones por vía intravenosa:

- HIPONATREMIA AGUDA SINTOMÁTICA: se administrará suero salino hipertónico junto a furosemida 1 mg/kg IV (intravenosa). Este fármaco evita la expansión del volumen y facilita la expulsión de agua en casos de que la hiponatremia se deba a un exceso de agua.
- HIPONATREMIA HIPOVOLÉMICA. Administrar suero salino isotónico. El cálculo del déficit de sodio se puede realizar por la fórmula: Déficit de sodio = Volumen de distribución del sodio plasmático * déficit de sodio/l.
- HIPONATREMIA HIPERVOLÉMICA. En estos pacientes es necesaria que la restricción de líquidos que sea inferior a la suma de la diuresis y las pérdidas insensibles (900 ml diarios). El tolvaptan es un medicamento que se administra por vía oral y que se utiliza en el tratamiento de la hiponatremia significativa asociada a hipervolemia o a euvolemia (concentración sérica de sodio inferior a 125 meq/l o bien una hiponatremia de grado menor, pero acompañada de síntomas que no responden a la corrección mediante restricción del consumo de líquidos).
- SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE ADH. Restricción de líquidos (800-1000 ml/día) y tratamiento de la patología.

Implicaciones de enfermería

Cuando se administran por vía intravenosa (IV) soluciones isoosmóticas con la sangre y el endotelio venoso, no hay ni entrada ni salida de agua en las células endoteliales, lo que se traduce en ausencia de daños celulares. La disolución isoosmótica de referencia es el cloruro sódico 0.9% (suero salino fisiológico).

Una disolución con menor concentración al suero salino se considera hipotónica. Su administración IV provoca la entrada de agua en las células endoteliales y en las sanguíneas, que pueden romperse o hemolizarse si absorben demasiada agua. El suero salino 0.45%, se emplea en la clínica para rehidratar a los pacientes, y también son útiles para reducir la osmolaridad finales de algunos preparados. Otro ejemplo de solución hipotónica en el agua estéril para inyectables.

Las disoluciones hipertónicas son aquellas con una osmolaridad superior al 0.9% como son los preparados para aminoácidos o la dextrosa al 50%. Si se administran directamente por vía IV, ocasionan deshidratación de las células endoteliales y las sanguíneas. La complicación más común al administrar preparados hipertónicos por vía periférica es la aparición de flebitis.

Además, la corrección excesivamente rápida de la hiponatremia puede provocar el síndrome de desmielinización osmótica en el que tiene lugar la destrucción de las vainas de mielina de los axones de las neuronas localizadas en el tronco encefálico. Este síndrome puede dar lugar a una lesión cerebral grave con fallecimiento del paciente. Por ello, es necesario controlar detalladamente los aportes y eliminaciones; comprobar los cambios en el nivel de conocimiento y descartar la aparición convulsiones. Aplique las medidas de seguridad y los controles adecuados de los niveles de los electrolitos séricos y en orina, así como de la osmolalidad sérica, según esté prescrito.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que los profesionales de enfermería conozcan su papel en el tratamiento, así como en los cuidados que requiere un paciente con deficiencia de sodio para llevar a cabo una correcta actuación.

Además, es importante ofrecer educación para la salud al paciente y a sus familiares respecto a la función que desempeña el sodio en el cuerpo y enseñarles cuáles son los signos y síntomas derivados de la hiponatremia. En el caso de restringirles el consumo de agua, deben saber cuántos líquidos puede tomar y cómo distribuirlos en el día, llevando un control diario de lo que se bebe.

6 Bibliografía

1. Ayus JC, Tejedor A, Caramelo C. Agua, electrolitos y equilibrio ácido-base [Internet]. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana; 2007 [citado 8 agosto 2023].

2. Crawford A, Harris H. Equilibrio entre el sodio y el potasio. Nursing [internet] 2011 [citado 8 agosto 2023]; 29(9): 14-20.
3. Torres Torres LF. Puesta el día en Nefrología. 4 ed. Jaén: Formación Alcalá; 2017: 77-127.
4. Carretero Cabañero MC. Tratado de Administración Parenteral. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 114

LACTATO COMO PRONOSTICADOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES SÉPTICOS Y SU PRONTA DETECCIÓN POR ENFERMERÍA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

VIRGINIA MERINO GARCIA

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

1 Introducción

Cuando se habla de sepsis se debe conocer que tratamos con una patología crono-dependiente. Esto indica que, tanto una pronta detección como la rápida adjudicación de un tratamiento eficaz se convierte en un objetivo primario. Un fallo en este proceso puede relacionarse con un aumento de la morbilidad y mortalidad en los individuos que la padezcan (1,2). Por ello, hay evidencia que muestra que un grupo cualificado de enfermería en triaje y atención en UCI, son buenas activadoras de equipos de respuesta rápida ante la sospecha de padecimiento de sepsis por parte de algún paciente [3,4].

Poniendo cifras al problema, en nuestro país se pueden advertir unos 45.000 casos de sepsis anualmente, de los cuales 13.000 terminan en el fallecimiento del paciente

(2). En adherencia a lo anterior, se tiene la suposición que aproximadamente el 50% de los casos que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios pueden pasar inadvertidos (1).

Cuando un paciente que padece sepsis sufre alteraciones en su oxigenación, su lactato aumenta en consecuencia y de forma proporcional a la severidad de la inflamación que padezca (5). Por ello, el lactato sérico es un biomarcador de pronóstico útil, además de ser rápido de obtener y cuantificar por parte de los servicios de urgencias hospitalarios (6).

2 Objetivos

Determinar si el lactato sérico se comporta de forma eficaz como un buen biomarcador para pronosticar la mortalidad en pacientes que padezcan sepsis.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en la base de datos del Web of Science y Google académico.

Para completar una búsqueda eficaz se han empleado las palabras clave “Sepsis”, “nurse”, “lactate” y “mortality”. Se han filtrado por idiomas a inglés y español y se han seleccionado los artículos más relevantes para cumplir con el objetivo.

4 Resultados

La investigación de Ferrán Llopis-Roca et al. nos muestra que tan solo el 1,9% de los servicios de urgencias hospitalarias españoles (SUH) no disponen en urgencias de un mecanismo de medición del lactato; del 98,1% restante, el 87% describen usarlo de forma rutinaria, siendo más fácil activar protocolos como el “Código Sepsis” por parte del personal sanitario (1).

Por su parte, Sharukh Lokhandwala MD et al. introduce cifras a los valores por los que un lactato, tanto inicial como tras una medición posterior en un marco de 6 horas (aclaramiento de lactato), $\geq 4 \text{ mmol/L}$ o una reducción relativa $< 20\%$ incrementan de forma significativa la probabilidad de mortalidad hospitalaria [($p=0,003$) y ($p=0,002$ respectivamente)]; mientras que la reducción $\leq 10\%$ no acentúa el mismo resultado de forma significativa $p=0,06$ (7).

Brian MD Casserly et al. en su estudio establece el marco de 6 horas para las mediciones del lactato sérico. Además, basándose en los datos y las pautas marcadas

por “The Surviving Sepsis Campaign” extraen la conclusión de que un nivel de lactato superior a 4mmol/L, ya sea asociado a hipotensión o no, está significativamente vinculado a la mortalidad hospitalaria (8).

Para el estudio Iskandar et al. se consiguieron datos reales de lactato y albúmina de 58 pacientes. Los resultados que se obtuvieron fueron que, pese a que si se encuentra un lactato elevado en los pacientes que fallecieron, este no se muestra como un factor estadísticamente significativo ($p=0,211$). Por otro lado, los niveles de albúmina elevados en pacientes sépticos si se muestran como estadísticamente significativos a la hora de pronosticar mortalidad. Esto es debido a que muestran una diferencia significativa entre los pacientes que fallecieron y aquellos que pudieron ser dados de alta ($p=0,045$) [5].

En sus comparaciones con otros estudios, Isakander et al. no desdeñan el poder predictor del lactato, especialmente cuando se habla de un paciente con sepsis. Sin embargo, hay que correlacionar la hiperlactatemia con el estado ácido-base del paciente, así como con su capacidad de aclaramiento de lactato para poder resolver de forma eficaz si el lactato será un factor predominante a la hora de predecir la mortalidad en los pacientes que padezcan sepsis, especialmente en el marco de las primeras 12 horas [5].

5 Discusión-Conclusión

El lactato sérico es un biomarcador que ya se viene usando en los últimos años en la estructura de diagnóstico y pronóstico de los pacientes que acuden al hospital con sospecha y/o diagnóstico de sepsis (9). Sin embargo, hay países como Reino Unido que hace sus valoraciones en base a escalas como la National Early Warning Score (NEWS) (10). Además, estos poseen equipos de respuesta rápida, formados en parte por enfermeras, capaces de actuar en función de la puntuación en NEWS otorgada por enfermería [5].

En base a esto, estudios como el de Hargreaves, DS et al. refutan que, pese al buen funcionamiento pronosticador de mortalidad de la escala NEWS (especialmente en valores sostenidos ≥ 5); la adhesión del lactato a dicha escala mejora de forma significativa ($p < 0,001$) la identificación de pacientes con sepsis, así como la capacidad para predecir la mortalidad de dichos individuos (10).

En líneas generales, y como muestran los artículos de Sharukh Lokhandwala MD et al. o los resultados de la base de datos “The Surviving Sepsis Campaign” obtenidos por Brian MD Casserly et al., el lactato se muestra como buen pronosticador de mortalidad. Además del lactato, se introduce también como significativo el término “aclaramiento del lactato”, siendo esta la diferencia entre el inicial y

el del marco conjunto establecido por ambas investigaciones de 6 horas (7-9). Sobre este aclaramiento de lactato, Mit Chaudhari y Nagina Agarwal comentan que un aclaramiento relativo del lactato $\leq 40\%$ a las 24 horas puede predecir significativamente la mortalidad a los 28 días, frente al $< 20\%$ que indicaban Sharukh Lokhandwala MD et al. coincidiendo ambos en un punto de corte óptimo en el $\leq 10\%$ (7,9).

Casando con lo anterior, los estudios observados coinciden en que una tasa de lactato alta es un indicador de mal pronóstico (6-10). Sin embargo, Isakandar, A. et al. refiere que la albúmina es mejor pronosticador en casos de sepsis que el lactato. Además, refiere que hay que saber diferenciar entre una hiperlactatemia y un aumento del lactato junto a otros cambios ácido-base en los pacientes; incluyendo que un factor a estudiar sería el aclaramiento de lactato en las primeras 12 horas [5].

Por ello, se invita a un avance en investigaciones sobre mortalidad en pacientes con sepsis que implementen la medición de albúmina y lactato en franjas temporales de 6 – 12 horas (5). Además, y al ser una patología crono dependiente, el tener un buen equipo de enfermería que pueda activar un equipo de respuesta rápido ante la sospecha de sepsis es fundamental [1,3].

Como conclusión definitiva, los valores del lactato sérico, así como el aclaramiento de lactato, son buenos pronosticadores de mortalidad en pacientes con sepsis.

6 Bibliografía

1. F. Llopis-Roca, et al. Mapa de la situación actual de la atención a la sepsis en los servicios de urgencias españoles [Internet]. Vol. 35. Revista Española de Quimioterapia; 2022. Disponible en: <https://seq.es/wp-content/uploads/2022/02/llopis01feb2022.pdf>
2. Ferreras Amez JM, et al. Evaluación de los resultados antes y después de la implantación del Código Sepsis en Aragón [Internet]. Vol. 29. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6004138>
3. Ferguson, A. Coates, DE. Osborn, S. Blackmore, CC. Williams, B. Early, Nurse-Directed Sepsis Care. American Journal of Nursing [Internet]. enero de 2019;119(1):52–8. Disponible en: https://journals.lww.com/ajnonline/abstract/2019/01000/early_nurse_directed_sepsis_care.32.aspx
4. Öztürk Birge, A. Karabag Aydin, A. Köroğlu Çamdeviren, E. Intensive care nurses' awareness of identification of early sepsis findings. Journal of Clinical

- cal Nursing [Internet]. noviembre de 2021;31:2886–99. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16116>
5. Iskandar A, et al. The profile of lactate, albumin, and lactate/albumin ratio as predictors of mortality in sepsis patients. *Russian Journal of Infection and Immunity* [Internet]. 2021;11(6):1095–100. Disponible en: <https://iimmun.ru/iimm/article/view/1691/1384>
 6. Lestari MI, Sedono R, Zulkifli. Initial lactate levels versus lactate clearance for predicting mortality in sepsis: A prospective observational analytical study. *JOURNAL OF THE PAKISTAN MEDICAL ASSOCIATION* [Internet]. febrero de 2021;71(2):25–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33785937/>
 7. Sharukh Lokhandwala MD, et al. Absolute lactate value vs relative reduction as a predictor of mortality in severe sepsis and septic shock. *Journal of Critical Care* [Internet]. 2017;2017(37):179–84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088394411630586X?via%3Dihub>
 8. Casserly B. Lactate Measurements in Sepsis-Induced Tissue Hypoperfusion. Results From the Surviving Sepsis Campaign Database*. *Critical Care Medicine* [Internet]. marzo de 2015;43(3):567–73. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2015/03000/lactate_measurements_in_sepsis_induced_tissue.8.aspx
 9. Chaudhari M, Agarwal N. Study of Significance of Serum Lactate Kinetics in Sepsis as Mortality Predictor. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. mayo de 2022;26(5):591–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23935>
 10. Hargreaves DS. Persistently elevated early warning scores and lactate identifies patients at high risk of mortality in suspected sepsis. *European Journal of Em* [Internet]. abril de 2020;27(2):125–31. Disponible en: https://journals.lww.com/euro-emergencymed/abstract/2020/04000/persistently_elevated_early_warning_scores_and.13.aspx

Capítulo 115

EJERCICIO FÍSICO EN EL EMBARAZO

LAURA CAMACHO CUESTA

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JAVIER MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

NATALIA MARTÍN MACÍAS

1 Introducción

El embarazo es un período de numerosos cambios físicos y emocionales en la vida de una mujer. Durante esta etapa, el cuerpo se prepara para todos los cambios que vienen a continuación, para hospedar y nutrir al futuro bebé, esto puede generar preguntas y preocupaciones sobre la seguridad y la salud tanto de la madre como del feto.

El ejercicio físico durante el embarazo es un tema de gran importancia en la atención médica y en el bienestar de las mujeres gestantes. Tradicionalmente, las recomendaciones sobre el ejercicio o actividad física durante el embarazo se basaban en aspectos culturales y sociales y por esto se llegaba a la conclusión en la mayoría de los casos de que la inactividad física garantizaba el bienestar materno y fetal y por ello debían evitar cualquier forma de ejercicio.

Surge la necesidad de más información a medida que se van observando en la sociedad de hoy en día ciertas patologías que derivan de un estilo de vida inadecuado, y conforme se ha ido conociendo mejor los procesos y mecanismos físicos y fisiológicos del embarazo, las mujeres han ido recibiendo más indicaciones y de

forma más precisa acerca del ejercicio físico y de qué forma sería la más correcta para realizarlo.

Por tanto, es necesario saber los beneficios del ejercicio físico durante el embarazo, así como las precauciones que deben tomarse, las recomendaciones médicas y las diferentes formas de actividad física que se pueden adaptar a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios del ejercicio físico en mujeres embarazadas.
- Identificar cuál sería la forma correcta de realizar ejercicio en este grupo de mujeres.
- Saber qué enfermedades podríamos prevenir al incluir el ejercicio físico durante el embarazo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Cochrane y Medline y se ha utilizado la ayuda de Google Académico para cumplimentar la información recogida en dichas bases de datos.

Para que la búsqueda sea más exhaustiva se han utilizado las siguientes palabras claves: ejercicio físico y embarazo.

4 Resultados

Uno de los posibles efectos que pueden surgir después del embarazo y el parto vaginal es la incontinencia urinaria. Como método efectivo y para la prevención de esta, nos encontramos con el entrenamiento muscular del suelo pélvico, ya que las contracciones musculares periódicas voluntarias del suelo pélvico fortalecen el músculo, ayudando sobre todo a un mejor soporte de los órganos pélvicos, puesto que estos en el embarazo se debilitan debido al crecimiento del útero y a los cambios hormonales. Con este tipo de entrenamiento se podría reducir la incontinencia urinaria posnatal hasta un 37%, siendo aproximadamente 6 semanas las suficientes para obtener beneficios y mejorar las funciones de este músculo. Obviamente, si a todo esto le sumamos un ejercicio aeróbico podría resultar incluso más efectivo, ya que este tipo de ejercicio tiene muchos beneficios para la salud, tanto a nivel físico, donde nos encontramos con la prevención de un

aumento excesivo del peso gestacional, el alto peso del bebé al nacer y un retorno más fácil a la forma inicial, así como a nivel mental, como es el caso de un trastorno mental grave que se desarrolla antes de un mes después del parto, más comúnmente conocido como depresión posnatal. El desarrollo de esta depresión está relacionado con los cambios hormonales en las mujeres durante el parto y el postparto.

A la hora de realizar ejercicio, se liberan ciertas hormonas que son las que después nos van a facilitar la prevención de dicha depresión, con lo cual, numerosos estudios muestran que las mujeres que ya estaban activas antes o incluso durante el embarazo en comparación con mujeres inactivas tienen menor riesgo de desarrollar este tipo de trastornos depresivos. No debemos olvidarnos de que el ejercicio físico mejora la calidad de vida y reduce el nivel de fatiga en las gestantes.

Las recomendaciones acerca del ejercicio físico en embarazadas se basan en un nivel de esfuerzo moderado, desde un mínimo de tres sesiones a la semana con una duración de 15 min cada una, hasta un máximo de 120 minutos a la semana repartidos en cuatro sesiones. Estos niveles de esfuerzo, siempre que no haya una contraindicación médica, se considerarían seguros. Todo esto también nos ayudaría, citado anteriormente, a la prevención del peso gestacional excesivo, en el que nos encontramos con 3 parámetros definitorios: un aumento de peso de más de 10 kg para mujeres con peso normal antes del embarazo, más de 9 kg en mujeres que ya tenían sobrepeso anteriormente y un aumento de peso de más de 6 kg en mujeres con obesidad pregestacional.

Otro de los efectos más importantes que podríamos prevenir con la actividad física es la diabetes mellitus gestacional (DMG), una de las complicaciones más comunes de los embarazos, esto se debe a que el ejercicio físico mejora la homeostasis de la glucosa directa o indirectamente sobre la sensibilidad a la insulina y, por tanto, podría tener gran importancia para la prevención.

Uno de los principales problemas que podemos encontrar acerca de la actividad física en gestantes y posteriormente al parto se relaciona con la falta de apoyo social y la autoeficacia de adhesión a la práctica deportiva. Es importante la práctica de ejercicio físico sistemático y adaptado a la mujer gestante y por ello, tanto la dieta como el ejercicio deben llevar un seguimiento realizado por personal especializado. Tanto el entrenamiento físico, el entrenamiento en medio acuático y los ejercicios caseros, siempre y cuando estén supervisados por un profesional, tienen un impacto positivo en la salud mental de las mujeres en el puerperio (período inmediatamente posterior al parto, suele durar entre 6-8 semanas).

5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones actuales apuntan que un nivel de esfuerzo moderado y regular proporciona un marco seguro para la práctica del ejercicio durante el embarazo. La prevención del exceso de peso gestacional y la diabetes mellitus gestacional se destacan como dos importantes beneficios de esta actividad física, así como reducir la probabilidad de sufrir otras patologías como la incontinencia urinaria e incluso una posible depresión posnatal.

Sin embargo, es imprescindible destacar que la supervisión y el seguimiento adecuados, tanto en términos de dieta como de ejercicio, son esenciales, y que el apoyo social juega un papel fundamental en la adherencia a un estilo de vida activo.

6 Bibliografía

1. Cordero Rodríguez Y, Peláez Puente M, De Miguel Abad M, Perales Santaella M, Barakat Carballo R. ¿Puede el ejercicio físico moderado durante el embarazo actuar como un factor de prevención de la Diabetes Gestacional?. REVISTA INTERNACIONAL DE CIENCIAS DEL DEPORTE [Internet].
2. Szumilewicz A, Kuchta A, Kranich M, Domowski M, Jastrzebski Z. Prenatal high-low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015656/pdf/medi-99-e18874.pdf>
3. Kolomanska-Bogucka D, Mazur-Bialy A. Physical Activity and the Occurrence of Postnatal Depression—A Systematic Review [Internet]. Krakow, Poland; 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6780177/pdf/medicina-55-00560.pdf>
4. Lemmens P, Sartor F, Cox L, den Boer S, Westerink J. Evaluation of an activity monitor for use in pregnancy to help reduce excessive gestational weight gain [Internet]. Eindhoven, the Netherlands; 2018. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069538/pdf/12884_2018_Article_1941.pdf
5. Fernández Baños R. Prescripción del ejercicio físico en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional Prescription of exercise in subjects with type 2 diabetes mellitus and gestational diabetes [Internet]. Murcia; 2015 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5400859>
6. García García C. Diabetes mellitus gestacional. Medicina Interna de México [Internet]. 2008;24(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/>

[medintmex/mim-2008/mim082h.pdf](#)

Capítulo 116

MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA) comprende un conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando una angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita según la cantidad y duración del trombo, la existencia de circulación colateral y la presencia de vasoespasmo en el momento de la rotura. El SCA comprende un conjunto de entidades clínicas denominadas IAMEST, SCA sin elevación del ST (SCASEST) y angina inestable que en cuanto a fisiopatología se caracterizan por un descenso brusco en la perfusión coronaria.

La rotura o erosión de dicha placa aterosclerótica, con trombosis y embolización distal es el mecanismo básico de la mayoría de los síndromes coronarios agudos,

siendo el problema que lo desencadena un desequilibrio entre el suministro y la demanda miocárdica de oxígeno ocurriendo este proceso sobre la base de una placa aterosclerótica, por vasoespasmo o por disfunción endotelial. Una isquemia intensa y prolongada conlleva una muerte de células miocárdicas desembocando en necrosis o infarto.

En cuanto a la epidemiología, los síndromes coronarios agudos son la manifestación clínica más frecuente y nociva de la enfermedad coronaria, que sigue siendo la causa principal de muerte y morbilidad en Europa.

Se ha demostrado que la incidencia de eventos coronarios a partir de la cohorte de Framingham aumenta con la edad y que las mujeres tienen tasas correspondientes a 10 años menos que la de los varones.

El diagnóstico del SCA es eminentemente clínico y su finalidad principal es escoger o no un tratamiento de reperfusión coronaria. La principal recomendación es evaluar los síntomas, realizar un electrocardiograma y determinar los marcadores séricos.

El síntoma de mayor validez diagnóstica es el dolor típico, denominado dolor torácico.

El dolor torácico isquémico típico es opresivo (también descrito como “quemazón o escozor”), retroesternal, precordial, y puede irradiarse a cuello, mandíbula, región interescapular, hombro y miembro superior izquierdo o derecho más raramente.

Su duración en caso de angina suele ser inferior a 15 minutos y se suele desencadenar con el ejercicio o situaciones de estrés. No se modifica con los movimientos respiratorios ni con los movimientos corporales ni la tos. Se alivia con nitritos y reposo, y se puede acompañar de cortejo vegetativo (sudoración profusa, náuseas y vómitos).

En el caso del infarto la sintomatología es similar pero la duración es mayor (más de 30 minutos) y más intensa, no cede con nitritos sublinguales ni con reposo. En este caso, el dolor isquémico puede presentarse de forma atípica, al localizarse en el epigastrio o incluso tener manifestaciones distintas del dolor, como disnea. Dichos casos para diferenciarlos, la mejor manera es observar si se producen o no con esfuerzo físico.

La función del electrocardiograma (ECG) no es solo facilitar el diagnóstico de SCA, diferenciándolo de otras causas no coronarias, sino que permite clasificarlo en función de la elevación del segmento ST. Esta diferenciación tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas, ya que facilita la decisión de iniciar precozmente un tratamiento de reperfusión, y con ello puede mejorar la morbimortalidad.

Si el ECG muestra elevación del ST (IAMEST) no es necesario esperar a los resultados de la analítica para posteriormente iniciar la perfusión. Por otro lado, si no hay elevación del ST hay que esperar a los marcadores de la analítica para determinar si es SCASEST (elevación enzimática) o un cuadro de ágor inestable (troponinas normales).

En situaciones generales a mayor observación de síntomas típicos o mayor elevación de niveles de troponinas, existe mayor probabilidad de SCA y dentro de este, de IAM.

La base del tratamiento de la fase aguda del síndrome coronario es la estrategia más adecuada de perfusión-antiagregación posible, ya que es la que mejores resultados comporta, además de constituir el tratamiento que fisiopatológicamente va al origen del problema.

En primer lugar, los pacientes deben permanecer en reposo absoluto, tumbados hasta que podamos realizar la primera evaluación y observar la extensión y gravedad de dicho infarto, observar si se presenta insuficiencia cardíaca precoz o la aparición de posibles arritmias.

Controlar el dolor con opiáceos intravenosos. En estos casos los que más se utilizan son:

- Morfina 2-4 mg cada 5-10 minutos sin superar los 15 miligramos en total.
- Meperidina. Esta se utiliza si la vagotonía es grave (hipotensión y bradicardia). Se administra 25-40 mg cada 5-10 minutos sin ser recomendable superar los 150 miligramos en total.

Controlar la ansiedad que aparece como respuesta al dolor con ansiolíticos.

El paciente debe de estar con monitorización ECG y de constantes vitales. No es necesario administrar oxígeno de forma sistemática salvo que aparezca disnea, hipoxemia o insuficiencia cardíaca. Debemos canalizar una vía venosa periférica en el brazo izquierdo y evitar las inyecciones intramusculares.

La nitroglicerina puede ser útil para el control sintomático, pero no está justificado usarla de forma sistemática en los pacientes con IAMEST, ya que parece tener efecto sobre la mortalidad a corto plazo. No se deberá administrar si la presión arterial sistólica es menor de 90 mmHg, o si el paciente presenta con bradicardia (frecuencia cardíaca, 50 lpm) o taquicardia (mayor a 100 lpm).

El tratamiento antiagregante y anticoagulante dependerá de la estrategia de perfusión que se elija. Si se usa fibrinólisis in situ, se debe realizar antiagregación y anticoagulación. La antiagregación se realiza por vía oral y doble; es decir; con ácido acetilsalicílico (AAS) 150-300 mg y clopidogrel 300 mg (a excepción de los mayores de 75 años que serán con 75 mg) y la anticoagulación se inicia con un bolo intravenoso de enoxaparina 30 mg, seguido de fibrinolítico y por úl-

timo 1 mg/kg subcutáneo de enoxaparina sc cada 12 horas hasta un máximo de 75 mg en las primeras 12 horas, no administrándose dosis intravenosa previa.

Si directamente se opta por la angioplastia de entrada, solo se realizará la doble antiagregación antes detallada y no se administra anticoagulación.

Reperusión coronaria. El patrón de referencia está constituido por la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o ACTPp, y si no es factible, se debe facilitar una estrategia mixta con fibrinólisis precoz e ICP de rescate (en caso de fibrinólisis fallida), o bien ICP programada en el intervalo entre las 6 y 24 horas posteriores al evento.

La angioplastia primaria o ACTP es el tratamiento de reperusión recomendado, por encima de la fibrinólisis, si se realiza por un equipo experimentado dentro de los primeros 120 minutos desde el PCM. Se debe acordar con el hospital de destino y debe incluir la activación directa del equipo de hemodinámica por el equipo de emergencias extrahospitalario, y el traslado directo del paciente a la sala de hemodinámica.

2 Objetivos

Exponer, según las últimas guías, cómo ha de diagnosticarse y tratarse un paciente con síndrome coronario agudo desde atención primaria.

3 Caso clínico

Varón de 45 años, sedentario, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 15 cigarrillos al día durante los últimos 20 años y con antecedentes de hipertensión arterial diagnosticada hace 5 años que acude al centro de atención primaria por dolor torácico intermitente que ha estado experimentando durante las dos últimas semanas. Como único tratamiento toma enalapril de 10mg una vez al día. Describe el dolor como opresivo, ubicado en la región precordial, con irradiación ocasional hacia el brazo izquierdo. Afirma que el dolor a veces se desencadena por el esfuerzo físico y se alivia parcialmente con el reposo. También ha notado una ligera dificultad para respirar al caminar distancias cortas. Ha experimentado algunos episodios de sudoración profusa durante estos episodios de dolor. A la exploración física destacan constantes vitales de frecuencia cardíaca a 85 lpm, tensión arterial de 150/90 mmHg, frecuencia respiratoria de 18 rpm, saturación de oxígeno del 98% y temperatura de 37°C. En la auscultación cardíaca se aprecian tonos rítmicos sin soplos. En la auscultación pulmonar, ruidos respiratorios normales, sin crepitantes ni otros ruidos sobreañadidos. No impresionan

otras alteraciones en la exploración. Ante los hallazgos en la anamnesis y la exploración, se realiza ECG de 12 derivaciones en el consultorio en el que se observa una elevación del segmento ST mayor a 1mm en II, III y aVF, por lo que se activa código infarto. Se canalizan 2 vías periféricas y se monitoriza al paciente. Se deja tumbado para que se mantenga en reposo absoluto, administrándose 2 mg de Morfina para controlar el dolor. Como antiagregación, 300 mg de ácido acetilsalicílico (AAS) y 300 mg de clopidogrel y como anticoagulación, un bolo iv de enoxaparina 30 mg. Seguidamente se avisa al 112 para valoración y traslado al hospital de referencia más cercano, con el objetivo de realizar una ACTPp con la mayor brevedad posible.

4 Discusión-Conclusión

Este caso clínico destaca la importancia de una evaluación cuidadosa en pacientes con síntomas cardíacos. El dolor torácico es un motivo de consulta común en la atención médica y puede tener diversas causas, incluyendo problemas cardíacos, gastrointestinales, musculoesqueléticos o pulmonares. La presentación de dolor opresivo, irradiación hacia el brazo izquierdo, sudoración profusa y la elevación del segmento ST en el ECG son hallazgos altamente sugestivos de un SCA, específicamente, un IAM.

Es fundamental reconocer que el IAM es una emergencia médica que requiere una atención inmediata. El rápido inicio de la terapia con aspirina y nitroglicerina, junto con la activación del equipo de respuesta a emergencias cardíacas y la transferencia a un centro hospitalario especializado, son medidas cruciales para mejorar el pronóstico del paciente. En el hospital, se llevará a cabo una evaluación cardiológica más detallada, que incluirá la realización de angiografía coronaria para determinar el grado de obstrucción de las arterias coronarias y, posiblemente, una intervención coronaria percutánea (angioplastia) para restablecer el flujo sanguíneo coronario.

Además, este caso resalta la relevancia de considerar los factores de riesgo cardiovascular en la evaluación de los pacientes, como la hipertensión arterial, el tabaquismo y los antecedentes familiares de enfermedades cardíacas. Estos factores pueden aumentar la probabilidad de enfermedad cardíaca y deben ser tenidos en cuenta en la toma de decisiones clínicas.

En resumen, la presentación de un paciente con dolor torácico debe ser evaluada de manera completa y rápida para descartar o confirmar la presencia de una enfermedad cardíaca aguda. La toma de decisiones adecuada y la coordinación con especialistas son cruciales para proporcionar el mejor cuidado posible al paciente

y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5 Bibliografía

1. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2021;78(22):e187–285. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2021.07.053>.
2. Cadogan M. History of the electrocardiogram [Internet]. *Life in the Fast Lane • LITFL*. 2020 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://litfl.com/history-of-the-electrocardiogram/>.
3. Córdoba-Soriano JG, Hidalgo-Olivares V, Cambronero-Cortinas E, Fernández-Anguila M. Diagnóstico diferencial del dolor torácico: un caso de síndrome aórtico agudo. *Semergen* [Internet]. 2014 [citado el 11 de septiembre de 2023];40(2):e37–42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-diagnostico-diferencial-del-dolor-toracico-S113835931300004X>.
4. Ostabal Artigas MI. Dolor torácico en los servicios de urgencias. *Med Integr* [Internet]. 2002 [citado el 11 de septiembre de 2023];40(2):40–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-dolor-toracico-servicios-urgencias-13034627>.

Capítulo 117

PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

VERONICA DÍAZ ROSILLO

LAURA LOPEZ BLASCO

MARIA LASHERAS CACHO

CLAUDIA LERIN PEREZ

SARAY JIMENEZ ALAVA

1 Introducción

El uso de un catéter venoso periférico (CVP) es muy común en las unidades de hospitalización y es utilizado para la administración de fármacos intravenosos. La técnica de canalización y mantenimiento de un catéter venoso periférico es muy habitual en el personal de enfermería.

El catéter venoso periférico permite llevar a cabo un tratamiento terapéutico eficaz y de mayor efectividad para el paciente. El tratamiento farmacológico debe estar debidamente prescrito por el facultativo de acuerdo al motivo de ingreso. Y, sabiendo el tratamiento que va a llevar el paciente, es fundamental saber elegir el catéter venoso que se le va a colocar al paciente. Influyen factores como la edad del paciente y el calibre y localización de la vena a canalizar, el volumen de fluidoterapia a perfundir, la agresividad del líquido a perfundir y tiempo estimado que puede durar el tratamiento.

Una de las complicaciones que puede ocurrir con mayor frecuencia en cualquier paciente, y está relacionada con el uso del catéter venoso periférico, es la flebitis. La definición de flebitis se describe como la inflamación de una vena y se reconoce por presentar eritema, sensibilidad de la zona, tumefacción, dolor, endurecimiento, e incluso fiebre.

Es muy importante entender que tiene una duración aproximada de unas dos semanas si se toma las medidas necesarias, por ello requiere de unos cuidados y manejo para alargar la vida útil del mismo.

2 Objetivos

- Conocer los factores a tener en cuenta para realizar una correcta elección y canalización de un catéter venoso periférico.
- Describir las medidas de prevención y tratamiento de la flebitis.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en las principales bases de datos Scielo y Dialnet, utilizando como términos de búsqueda "enfermería", "prevención" y "flebitis". También se han revisado páginas web como Revista Sanitaria de Investigación.

4 Resultados

Una de las técnicas más utilizadas por el personal de enfermería en el ámbito hospitalario es la canalización de una vía periférica. Si este procedimiento no se realiza con la debida asepsia, puede derivar en una flebitis.

El término flebitis hace referencia a la inflamación de una vena. Se reconoce por presentar eritema, induración, dolor, calor en la zona afectada y, en ocasiones, fiebre.

Para prevenir la flebitis hay que tomar en cuenta una serie de factores antes de colocar el catéter venoso periférico:

- Edad. No es lo mismo canalizar a un recién nacido que a un adulto. Y la forma de fijar la vía periférica también será diferente en ambos casos.
- Calibre de la vena a canalizar, relacionado también con la edad.
- Tiempo estimado de ingreso.
- Tratamiento a seguir y/o si requiere más de una vía periférica.

- Volumen de fluidoterapia que se debe perfundir.
 - Irritabilidad del fármaco a perfundir.
 - Comodidad para el paciente, buscar un acceso venoso en el que no existan pliegues.
 - Limpieza y desinfección de la piel con clorhexidina al 2%.
- Una vez que se ha canalizado la vena, los diferentes estudios apuntan a una serie de recomendaciones para prevenir la flebitis:
- Si la vía periférica no lleva fluidoterapia las 24 horas, es fundamental que antes y después de su uso se realice un lavado con unos 5 mililitros de suero fisiológico. De esta manera se previene la formación de un coágulo que pudiese obstruir la luz de la vía, o arrastrar residuos de la medicación administrada que pudiese cristalizar. En ambos casos, lo que se quiere evitar es la obstrucción de la vía periférica.
 - Entre otros, el tratamiento con antibióticos endovenosos suele ser el mayor causante de flebitis a largo plazo. Algunos de ellos son bastante irritativos a nivel venoso, por lo que se debe tener en cuenta la velocidad de entrada del médicamente, no muy rápido.
 - Si el apósito de fijación de la vía periférica está mal sujeto o genera dobleces, se debe cambiar con cuidado para evitar extraer el catéter venoso accidentalmente.
 - Es importante registrar la fecha de colocación de la vía periférica para controlar los días que lleva puesto y/o si es necesario cambiarlo.
 - Escala Maddox. Es la escala visual para la valoración de flebitis. Se valora la presencia de dolor, eritema, hinchazón, cordón venoso palpable, endurecimiento, purulencia y el nivel de máxima flebitis (tromboflebitis) se describe como “trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión”. Los niveles van de 0 a 5, siendo 0 como no presencia de flebitis y 5 una tromboflebitis importante en la que habría que retirar el dispositivo venoso a la mayor brevedad posible y recanalizar en otro sitio.
- En el caso de que se haya producido una flebitis, los estudios sugieren el uso de pomadas cutáneas como aloe vera, diclofenaco gel, agua de Burow. Otra opción es el uso de un vendaje compresivo para bajar la inflamación.

5 Discusión-Conclusión

Finalizada la revisión de los distintos aspectos que influyen en la prevención de flebitis, todos tienen en común que su prevalencia es una de las más comunes durante un ingreso hospitalario.

La prevención de la flebitis forma parte de los cuidados de calidad al paciente desde su ingreso hasta el día del alta hospitalaria.

Existen numerosas actuaciones que se pueden llevar a cabo para mantener un catéter venoso periférico permeable y no requieren de mucho tiempo ni esfuerzo. Echar un simple vistazo general a la vía periférica cuando se pasa a ver al paciente, puede prevenir la formación de flebitis. También es fundamental escuchar al paciente, ya que el dolor es uno de los síntomas más característicos y que requiere paliarlo cuanto antes.

En conclusión, una buena valoración del sitio de canalización y fijación de un catéter venoso periférico permite que este sea útil por más tiempo, siempre y cuando se tomen las medidas de asepsia y valoración del mismo durante el ingreso hospitalario del paciente.

6 Bibliografía

1-Ferraz-Torres, M., Corcuera Martínez, M. I., Sancho Sena, E., Aldonza-Torres, M., Maali Centeno, S., Martínez-Ortega, M. C., & Suárez-Mier, M. B. (2021). Randomized experimental study to evaluate the effectiveness of the Flebitis Zero project in Navarre. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 44(3), 417–426. <https://doi.org/10.23938/assn.0975>

2-Investigación, R. S. (2021, julio 10). Acceso venoso periférico. Cuidados y complicaciones derivadas. Revisión sistemática. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/acceso-venoso-periferico-cuidados-y-complicaciones-derivadas-revision-sistemica/?utm_content=cmp-true

3-Pizarro, S. M. (2020). Prevención de la flebitis superficial. *Carta científica. NPunto*, 3(26), 8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8233044>

4-Imagen obtenida de Pinterest. Escala de Maddox.

Capítulo 118

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

LAURA LOPEZ BLASCO

SARAY JIMENEZ ALAVA

MARIA LASHERAS CACHO

CLAUDIA LERIN PEREZ

VERONICA DÍAZ ROSILLO

1 Introducción

La OMS define en el año 2012 las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. La población anciana ha aumentado con el paso de los años. Las caídas son sucesos muy frecuentes en este grupo de la población y pueden tener consecuencias graves para su salud.

Se ha demostrado que cerca del 30% de personas con más de 65 años sufren una caída al menos una vez al año, aumentando el porcentaje al 50% de personas si la edad es mayor a 80 años. Además, casi la mitad de personas que se caen vuelven a sufrir otra caída en el mismo año. Se considera que el haber sufrido una caída es un factor de riesgo para volver a sufrir nuevas caídas.

Las caídas pueden producir deterioro en el estado de salud de las personas, pudiendo originar fracturas, heridas, incapacidad, incluso fallecimiento.

Las consultas de Atención Primaria son el lugar idóneo para tratar la prevención de caídas, ya que la mayoría de pacientes mayores de 65 años acuden a estas consultas por diversos temas. El personal de enfermería juega un papel fundamental para detectar el riesgo de caídas y promover las intervenciones que reduzcan este riesgo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las actuaciones de enfermería ante la prevención de caídas.

3 Metodología

Para elaborar el presente artículo se ha realizado una revisión bibliográfica consultándose para ello bases de datos como Scielo, Medline. Se han consultado también artículos presentes en Google Académico y guías de práctica clínica presentes en la web del Gobierno de Navarra y del Servicio Navarro de Salud.

4 Resultados

Es conveniente realizar una valoración de los riesgos que tiene de sufrir una caída el paciente mayor de 70 años que acude a una consulta de Atención Primaria. Para valorar el riesgo se revisará el estado físico del paciente, comprobando si existen alteraciones visuales o auditivas, alteraciones en la marcha o el equilibrio, desorientación, debilidad muscular y se realizará una revisión de la medicación que toma el paciente y del entorno (calzado, dispositivos de ayuda, estado del domicilio). Las caídas pueden producirse en la calle o en el domicilio del paciente. Para prevenir las caídas en el domicilio informaremos al paciente de la importancia de revisar la iluminación en el hogar (evitar sombras y deslumbramientos, colocar los interruptores accesibles) y la disposición del mobiliario, evitando que existan muebles que obstaculicen o dificulten el paso, dejando a mano los utensilios que se empleen a diario para evitar subirse en taburetes o sillas.

Es importante también comprobar el estado del suelo del domicilio. El suelo deberá de estar despejado, sin alfombras, cables u otros objetos que dificulten el

paso. Para la limpieza del suelo se recomienda utilizar productos antideslizantes y mantenerlo seco. En aquellos domicilios que presenten escaleras se recomendará la instalación de barandas firmes e interruptores en los extremos de las escaleras. Aconsejar al paciente que camine despacio y que emplee los dispositivos de ayuda si los necesite. Recomendar al paciente el uso de alfombras antideslizantes para la ducha, un asiento para el baño y barras para poder sujetarse en la ducha o el inodoro. La puerta del baño preferiblemente se ha de abrir hacia el exterior. Trasladar al paciente la importancia de tener el teléfono cerca, caminar calzado por el domicilio (con un calzado con suela antideslizante y que sujete bien el pie) y con ropa que no dificulte la movilidad.

Para prevenir las caídas en la calle, hablaremos sobre la atención que debe prestar el paciente a obstáculos como señales, farolas, contenedores... evitando zonas de obras, aceras estrechas.

Tener especial cuidado con el uso del transporte público, haciendo uso de las rampas de acceso a ellos y de los asientos. Es importante insistir en la realización de ejercicio físico, trabajando la fuerza, la flexibilidad y realizando ejercicio cardiovascular, adaptado siempre a la situación del paciente. Recomendar a aquellas personas que viven solas disponer de medallón de teleasistencia.

Enseñar al paciente qué hacer en caso de sufrir una caída (intentar girar el cuerpo y colocarse boca abajo, colocarse en "posición de ganeo" e intentar gatear hasta un apoyo firme para usarlo como agarre y poder colocar un pie en el suelo para impulsarse y levantarse).

5 Discusión-Conclusión

Las caídas son acontecimientos que suceden en la comunidad frecuentemente, especialmente a partir de los 65-70 años. Pueden producir consecuencias graves para la salud de las personas, llegando incluso a poder ocasionar fallecimiento o invalidez.

Es importante trabajar la prevención de las caídas desde todos los ámbitos sanitarios, ya que una caída puede originarse en cualquier lugar. Pero es fundamental trabajar la prevención de las caídas en el ámbito de la Atención Primaria, porque la mayoría de las caídas se originan en la calle o el domicilio de los pacientes. Enfermería juega un papel fundamental en la educación para la salud, por lo que su labor es importante para prevenir estos acontecimientos y sus consecuencias.

6 Bibliografía

- Consejo Interterritorial del SNS. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y Caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y prevención en el SNS. Madrid. Junio 2014
- A. Salvà, I. Bolivar, G. Pera, C. Arias Incidencia y consecuencias de las caídas en población anciana viviendo en la comunidad Med Clin (Barc), 122 (2004), pp. 172-176

Capítulo 119

LA TERAPIA INMUNOSUPRESORA EN UN PACIENTE CON TRASPLANTE CARDIACO. EL PERSONAL DE ENFERMERIA

MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL PULGAR

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

ANTONIO GALIANO JURADO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

1 Introducción

Cuando nos surge algún problema de salud siempre queremos ser atendidos en el mejor centro médico y por el mejor personal sanitario.

Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.

A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está mas o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante un trasplante cardíaco. Los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada generalmente se tratan con medicamentos hasta que su condición pueda mantenerse con estos medicamentos. La progresión de la enfermedad, a pesar de la variedad de tratamientos, hace necesaria la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento, por lo que se propone sustituir el corazón enfermo por un corazón sano.

2 Objetivos

Explicar quién es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en un centro hospitalario y cuál es su actuación ante un trasplante cardíaco.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según el último registro internacional, las tasas de supervivencia después de un trasplante de corazón han mejorado con los años, y la esperanza de vida promedio ahora es de 12 años. El período de mayor riesgo después del trasplante es el primer año cuando la mortalidad llega al 20%. En el registro español de trasplante cardíaco, el fracaso primario del trasplante fue la causa más frecuente de muerte, seguida de la infección y el rechazo agudo. Toxicidad de la terapia inmunosupresora.

El objetivo de la terapia inmunosupresora es suprimir o controlar la respuesta inmunitaria del receptor al órgano trasplantado, es decir, lograr la tolerabilidad y evitar el rechazo. Durante las últimas tres décadas, se han logrado grandes avances y cada vez hay más fármacos específicos y selectivos disponibles con menos efectos secundarios.

Infección:

Las infecciones son responsables de una proporción significativa de la morbilidad y mortalidad en los pacientes trasplantados. La prevalencia global oscila entre el 30% y el 60%, la mortalidad asociada oscila entre el 4% y el 15% y las infecciones más frecuentes son las bacterianas (43-60%) seguidas de las causadas por virus (40-45%). En menor medida se encuentran las infecciones fúngicas y protozoarias (8-14%). Las bacterias que causan la infección pueden infectar antes, durante o después de un trasplante de corazón, pero la mayoría de las infecciones ocurren dentro de los primeros 3 meses y se localizan principalmente en los pulmones y el tórax. Existen varios factores de riesgo para la infección, tales como: infección del receptor, condición preoperatoria, exposición a nuevas infecciones relacionadas con procedimientos quirúrgicos, patógenos oportunistas, posibilidad de infección de un donante, terapia inmunosupresora. muy importante. También se debe considerar el estado serológico del citomegalovirus (CMV) del donante y del receptor. El rechazo del trasplante es una de las complicaciones más peligrosas de un trasplante. El rechazo se debe a la presencia de diferentes proteínas de persona a persona. Estas proteínas se consideran extrañas y pueden causar la destrucción del injerto. Las proteínas, debido a su ubicación y función fisiológica, tienen más probabilidades de desencadenar una respuesta inmunitaria que las proteínas del sistema HLA.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos mencionado en la introducción, el personal de enfermería es aquel profesional sanitario que su función es atender de la mejor manera posible a los pacientes que acuden al centro sanitario.

Para ello, es muy importante que este personal de enfermería no solo tenga los conocimientos necesarios para ello, sino que ha de tener una gran vocación por el servicio que presta.

El personal de enfermería está preparado para actuar en distintas áreas de un centro hospitalario.

Ahora, el trasplante de corazón después de más de 30 años de experiencia ha demostrado su eficacia, es un método de tratamiento de la enfermedad crónica, es decir, la insuficiencia cardíaca. Muchos profesionales están involucrados en

este tratamiento como enfermeras.

Para finalizar, decir que es muy importante la formación que haya recibido el personal de enfermería, ya que la vida de muchas personas va a estar en sus manos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 120

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU ACTUACION ANTE UN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA DE DEBUT LINFEDEMA

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL
PULGAR

ANTONIO GALIANO JURADO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre quien es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Siempre que no surge algún problema de salud siempre queremos ser atendidos en el mejor centro medico y por el mejor personal sanitario.

Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.

A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está mas o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante un paciente con cáncer de mama.

El cáncer es la segunda enfermedad de muerte en el mundo, es una patología que no es buscada y que puede aparecer en cualquier zona corporal y por supuesto hasta la actualidad no existe la curación total.

El cáncer de mama puede aparecer en hombres como en mujeres, aunque es más frecuente en estas últimas

2 Objetivos

Uno de los objetivos que persigue este trabajo es explicar quién es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en un centro hospitalario y su actuación en pacientes con cáncer de mama.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Se ha podido incluir en nuestro trabajo de la revisión bibliográfica artículos en los que podemos observar que tipo de cuidados se podrán administrar para la prevención del linfedema en pacientes postmastectomizadas.

- La enfermera debe realizar la educación sanitaria de prevención del linfedema tras la cirugía inmediatamente.
- enfermería debe conocer que factores o riesgo más frecuentes puede ver en caso de que la paciente pueda ser susceptible a padecer linfedema, como en caso de la mastectomía radical con ganglios axilares, tratamiento con radioterapia o quimioterapia con taxanos.
- La enfermera para poder ayudar a los pacientes ante la prevención del linfedema aconsejará a estos: evitar la obesidad, para ello puede aconsejar dietas equilibradas, y evitar sedentarismo, consumo de tabaco o tóxicos. Una higiene correcta de la paciente evitará acúmulo de suciedad y también grasa de la cual está compuesto el linfedema. No es conveniente que la paciente se exponga ni al excesivo frío ni al calor, esto puede provocar una carga excesiva de linfa. No realizará ni cogerá pesos excesivos con la extremidad enferma.
- La enfermera para la prevención del linfedema será controlar al paciente rutinariamente en consulta en la cual utilizará la circunferencia volumétrica. Por ello, la enfermera utilizará una cinta métrica para medir la extremidad principal. Después se medirá la otra extremidad, en caso de que haya diferencia de dos centímetros de la extremidad enferma a la sana nos hará intuir que existe linfedema.
- En cada consulta de enfermería que acuda la paciente, el profesional sanitario le realizará una serie de preguntas a esta para identificar si sufre también linfedema.
- La enfermera también puede aconsejar que acuda a fisioterapia para que el paciente realice ejercicios de prevención del linfedema.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en la actualidad, como se ha podido ver es más frecuente en mujeres que en hombres, aunque existe también en estos últimos nombrados.

El linfedema es una complicación que puede aparecer tras la cirugía de la retirada de la mama radical, incluyendo ganglios linfáticos, es decir, la mastectomía.

Enfermería deberá aconsejar a estos pacientes todo tipo de cuidados, desde no exponerse al sol ni al frío, como el que no debe coger pesos con el brazo afectado. Enfermería en su consulta podrá comprobar si la paciente padece esta afección mediante preguntas que puede realizar a esta paciente y la medición de la cintra métrica del brazo enfermo diferencia ante el sano.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 121

EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LAS PRUEBAS ESPECIALES DE DIGESTIVO

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

1 Introducción

El servicio de digestivo de cualquier centro hospitalario es uno de los más especializados que existe en el mismo. Además del área de las consultas, las unidades de hospitalización, está el área de las pruebas especiales del servicio. Estas pruebas exigen una alta profesionalidad y especialización de todo el equipo que interviene en las mismas.

Estas pruebas comprenden desde las endoscopias hasta las colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, que entran dentro del abanico de pruebas del intervencionismo quirúrgico. Dentro de las pruebas diagnósticas o regenerativas, el paciente, tiene la potestad de solicitar la sedación para las mismas, siendo una elección de las más demandadas actualmente.

Las pruebas con sedación exigen que el personal que interviene en las mismas se incremente con el anestesista, además de la actuación del especialista en digestivo, el auxiliar de enfermería y la enfermera.

La labor de la enfermera dentro del área de las pruebas de digestivo, es una labor de atención y cuidado del paciente, que se desarrollará más adelante dentro de este trabajo.

Los pacientes que necesitan la realización de alguna de estas pruebas han sido enviados desde las propias consultas de digestivo, o de las unidades de hospitalización, sobre todo, la de la especialidad, aunque, del mismo, modo, se pueden realizar con pacientes trasladados de otros centros hospitalarios, que no cuentan con alguna de estas pruebas en la asistencia ofrecida.

2 Objetivos

- Conocer cómo funciona el área de las pruebas de digestivo.
- Explicar qué trabajo realiza la enfermera en las pruebas de digestivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las pruebas especiales de digestivo están ubicadas en salas contiguas y abiertas en su interior para una mejor observación de cada paciente que se está realizando alguna de sus pruebas. En cada sala, como se ha dicho en la introducción, se encuentra, el anestesista, si es con sedación, el digestólogo, el auxiliar de enfermería y la enfermera.

La enfermera, antes de la colocación de la vía intravenosa al paciente, ha preparado todo el material que necesitará para la misma, así como, con la hoja clínica o la historia clínica del paciente, ha estudiado todos los informes relevantes para dicha prueba, alergias a medicamentos, enfermedades como hiperten-

sión o hipotensión, índice glucémico y otras patologías. Estos datos serán fundamentales conocerlos previamente a la realización de la prueba.

El paciente debe estar exento de cualquier abalorio que porte, y la enfermera es la encargada de dar esta información al mismo, dentadura postiza, marcapasos, trasplantes óseos o viscerales, anillos, cadenas, sortijas, etc., los cuales recogerá y se los entregará a los familiares que están en la sala de espera.

Una vez el paciente está colocado en la mesa de la prueba, la enfermera, coloca el suero fisiológico en el porta sueros, que será donde el anestesista, inyecta los medicamentos combinados de la anestesia, progresivamente según el desarrollo de la prueba y el estado en cada momento del paciente.

La enfermera ha monitorizado al paciente, pulso, oxigenación en la sangre, de cuyos valores estará siempre alerta, informando, tanto al digestólogo, como al anestesista.

La enfermera de todos estos valores luego hará el consiguiente informe para su inclusión en la hoja clínica del paciente, que se anexará posteriormente en su carpeta de historia clínica. Una vez finalizada la prueba, la enfermera, retira la vía puesta al paciente, y comprueba que sus constantes sean correctas y normales, dándose por concluida la prueba.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera desarrolla su trabajo en las pruebas de digestivo con toda profesionalidad y especialización, y tiene un papel muy importante en la evolución de la misma, ya que, en un momento determinado, puede parar la prueba, según el estado del paciente, siempre en atención a su tensión arterial, ritmo cardíaco y nivel de oxígeno en sangre. En las pruebas con sedación, el campo estéril de la misma, debe preservarse en todo momento, siendo responsabilidad de la enfermera su preparación.

Durante la ejecución de la prueba, la enfermera, como el resto del equipo, deben preservar, en todo lo posible, la intimidad del paciente, así como la no emisión de comentarios o juicios de valor sobre el mismo.

6 Bibliografía

1. Pruebas digestivas y enfermedades digestivas. Disponible en: <https://www.cmed.es>.
2. El trabajo de la enfermera en endoscopias. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

3. Funciones de la enfermera en la unidad de exploraciones del aparato digestivo.
Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>.

Capítulo 122

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

1 Introducción

El objetivo del servicio de las urgencias hospitalarias es la atención a la población que atiende durante todos los días del año, durante las veinticuatro horas del día, sin distinción de sábados, domingos o festivos. Esta atención se realiza de manera íntegra, siguiendo los protocolos existentes para el servicio. Este abanico tan amplio en la atención del usuario, obliga a que el equipo de profesionales que componen las urgencias hospitalarias, sea un equipo variado y multitudinario, participando, en algún, momento, todos los especialistas del centro hospitalario. El servicio de urgencias se estructura en unidades funcionales y unidades estructurales, entre éstas destaca la sala de espera de familiares y acompañantes. Entre las estructuras funcionales se encuentran la unidad de boxes, la unidad de especialidades médicas, la unidad de observación, urgencias pediátricas, el triaje de enfermería, el servicio de admisión de urgencias, y la unidad de box vital.

En cada una de estas unidades se atienden a los pacientes, que ya han dejado de ser usuarios en el momento que dan sus datos en admisión, según sus patologías, su estado crítico o su estado de evolución, por un equipo profesional sanitario, como enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos de urgencias; y por profesionales no sanitarios, como celadores y auxiliares administrativos.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad de cada una de las unidades que componen el servicio de urgencias hospitalarias.
- Explicar las funciones que la enfermera realiza en cada una de las unidades del servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Cuando el usuario da sus datos de filiación en el control de admisión de urgencias, pasa a ser ya paciente. El paciente tras este primer paso se dirige por el celador, que lo acompaña, hasta la sala de triaje o clasificación. En el triaje se encuentra la enfermera que desarrolla su labor en esta sala. La tarea principal de esta enfermera es la clasificación del paciente, hacia la unidad de boxes, la unidad de especialidades o hacia el box vital. Esta derivación del paciente ha sido llevada a cabo por la enfermera, en base, a su enfermedad, a la toma de sus constantes vitales o a las diferentes pruebas diagnósticas que la enfermera de triaje ha creído conveniente realizar. En algunos casos, en las dolencias cardíacas, la enfermera, tras la realización de un electrocardiograma, deriva al paciente hacia el box vital. El paciente en boxes es llamado por la enfermera para ocupar uno de ellos. La enfermera de boxes pincha al paciente para la colocación de una vía intravenosa, todos los pacientes son pinchados por protocolo del servicio, para la extracción por parte de la enfermera de una analítica de sangre. La enfermera de boxes,

del mismo modo, si lo cree conveniente, solicita todas las pruebas diagnósticas necesarias, como placas radiológicas u otras.

Cuando el paciente es clasificado para las especialidades médicas, traumatología, otorrinolaringología, psiquiatría, curas de cirugía, cambios de sondas vesicales, etc., la enfermera es la encargada de las curas de las heridas que presente el paciente, así como de la colocación de las vendas de escayola, en caso de fisuras o roturas traumatológicas.

Los pacientes, según su estado y el criterio médico, pueden pasar de las unidades de boxes o especialidades, a la unidad de observación, para observación de su evolución clínica, o para recibir la pauta de una medicación concreta. La enfermera en observación, monitoriza al paciente que lo necesita, oxigenación, pulso y tensión arterial, son constantes que tiene que vigilar y atender. Con la hoja de medicación del paciente, pone el solicitado tratamiento del paciente, dando el alta de enfermería o la solicitud de ingreso en hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

El perfil profesional de la enfermera de urgencias debe corresponder a un sanitario activo y dinámico, acostumbrado a resolver situaciones límites y comprometidas con la salud del paciente. Existen momentos de verdadero estrés y rápidas actuaciones, y la enfermera del servicio de urgencias debe estar preparada en todo momento, de esto, en muchas ocasiones, depende la vida del paciente.

Además la enfermera debe resolver diariamente cuestiones y situaciones no sanitarias, como enfrentamientos con familiares, y tiene que saber actuar en estas mismas situaciones con herramientas adecuadas, donde la empatía, la paciencia y la escucha activa, logren un ambiente favorable y positivo.

6 Bibliografía

1. El rol de enfermería en los servicios de urgencias. Disponible en: <https://www.npunto.es>.
2. Funciones de enfermería en urgencias. Disponible en: <https://www.unir.es>.
3. Enfermería en urgencias: qué es, funciones y actividades. Disponible en: <https://saludyenfermeria.com>.

Capítulo 123

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LAS SALAS DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

1 Introducción

El servicio de radiología se dispone en múltiples salas de pruebas, donde, en cada una de ellas se realiza una diferente. Cuando se menciona al servicio de radiología, lo primero, que viene a la mente, son las placas radiológicas, y el personal que las realiza, los técnicos en radiología. Esta percepción del servicio de radiología, para los no entendidos en la materia, porque no hay porqué conocerlo, se queda muy limitada, porque en este servicio se realizan otras pruebas diagnósticas y preparatorias, como por ejemplo, la colocación de drenajes pulmonares, o la colocación de catéteres mamarios, para las intervenciones quirúrgicas de mama. Así, de este modo, se encuentran las salas de las pruebas de tomografía axial computarizada (TAC), las salas de punciones secas, donde se extrae tejido mamario para la realización de biopsias y la sala de resonancias magnéticas, y otras salas

de pruebas. En cada una de estas salas se encuentra la figura de la enfermera, como se verá más adelante.

El servicio de radiología es uno de los más demandados dentro del centro sanitario, y al igual, que el servicio de las urgencias hospitalarias, funciona todos los días del año, incluso en el turno de noche, ya que posee, una de las salas, dedicada exclusivamente para los pacientes que acuden desde las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Conocer las distintas salas donde trabaja la enfermera dentro del servicio de rayos.
- Enumerar las funciones que la enfermera realiza en cada una de las salas del servicio de radiología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de la enfermera son diversas y variadas en las distintas salas donde se encuentra destinada.

-Funciones en la sala de TAC. Los pacientes cuando acuden a realizarse esta prueba pueden tener asignado en el informe, si es una prueba con contraste o sin contraste. La enfermera revisa todos los volantes que están programados para la jornada, y sabe esta circunstancia, para la preparación de dichos contrastes. Un contraste es un líquido, yodo, que por vía intravenosa se inyecta al paciente para poder observar mejor los órganos que se desean estudiar. Una vez colocado el paciente en la mesa del TAC, la enfermera coloca la vía, con dos entradas, al paciente, una para el suero fisiológico y la otra para el líquido del contraste. Programa la bomba de perfusión y se comienza la prueba. En el desarrollo de la misma, la enfermera, estará siempre atenta a la entrada del yodo en el paciente, pues, suele tener efectos alérgicos en muchos de ellos.

-Funciones en la sala de punción seca. La enfermera prepara en primer lugar la mesa estéril con todo lo necesario para la realización de la punción, agujas, jeringas, gasas, spray anestésico y guantes estériles, que posteriormente a demanda del radiólogo dará al mismo. En esta sala se realizan punciones mamarias para la extracción de muestras biológicas, que la enfermera colocará en tubos que enviará al servicio de anatomía patológica. Los drenajes pulmonares, así como la colocación de vías centrales mamarias, son realizados en esta sala. La enfermera coloca al paciente la bolsa de drenaje, que cambiará, en caso de llenado, por otra vacía. En los casos de vías centrales mamarias, la enfermera, con la mayor asepsia posible, envolverá dicha vía y la protegerá, con un gasa estéril.

-Funciones en la sala de resonancia magnética. Muchos de los pacientes sometidos a una resonancia magnética solicitan la realización de dicha prueba con sedación. La enfermera en estos casos coloca una vía intravenosa al paciente, por donde se inyectará, el suero fisiológico y la anestesia pertinente. En estos casos, tanto, la enfermera, como el anestesista estarán en todo momento atentos a la evolución del paciente, caso, de posibles anomalías en su estado físico.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la presencia de la enfermera en cada una de las salas de las pruebas del servicio de radiología, cuya labor es sumamente destacable en el funcionamiento normalizado y de garantía de seguridad para los pacientes.

Exige, por parte de la enfermera destinada en el servicio de radiología, el conocimiento de varios protocolos de actuación con los pacientes, sobre todo, en la sala de TAC, donde se necesita que la creatinina de los pacientes que se realizan la prueba con contraste, esté en unos valores normales, que no le provoquen un shock anafiláctico.

Sirva, para terminar esta conclusión, reivindicar la especialidad de enfermería en el servicio de radiología, pues, tanto las funciones desarrolladas por el profesional, como, el conocimiento de los aparatos utilizados, hace necesario dicha creación.

6 Bibliografía

1. Fundamentos de los cuidados enfermeros en el servicio de radiología. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es>.
2. Cuál es el marco de actuación de las enfermeras en radiología. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com>.

3. La importancia de la enfermería en radiología. Disponible en: <https://www.il3.ub.edu.blog>.

Capítulo 124

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

Úlcera por presión (UPP) definida como lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él, dando como resultado, graves consecuencias que afectan tanto a los pacientes, a su entorno familiar, al sistema de salud y a sus profesionales. Además de hacer más lento el proceso de recuperación, podemos encontrar la posibilidad de producir una infección o una sepsis producidas por estas UPP. Hoy en día, las UPP agravan fuertemente la calidad de vida, ya que estas son un problema de salud importante, debido a su elevada incidencia, prevalencia y todas las consecuencias que producen.

La incidencia de estas úlceras por presión es más elevada en las unidades de cuidados intensivos (UCI) que en la mayoría de las unidades de hospitalización. Esto se debe a que las enfermedades que padecen los pacientes ingresados en dicha

unidad son más graves, nos encontramos con factores de riesgo prácticamente exclusivos de esta unidad que se dan con una frecuencia más elevada, así como la ventilación mecánica, administración de relajantes y/o fármacos vaso activos, y debido a esto, las medidas de prevención que se establecen pueden encontrarse limitadas o contraindicadas.

La prevención de las UPP adquiridas en el hospital en pacientes críticos sigue siendo hoy en día un desafío clínico importante.

La GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas) diferencia 4 estadios de las úlceras por presión según el sistema de clasificación-estadiaje: el Estadio I (encontramos la piel íntegra, esta se asocia a la presión de alguna superficie dura con la piel del paciente, manifestada con un eritema cutáneo el cual el tono característico rojo, azul o morado no palidece cuando se presiona. La zona afectada puede tener variaciones de temperatura, puede cambiar la consistencia del tejido o aparecer sensaciones de escozor o dolor), Estadio II (se pierde de forma parcial el grosor de la piel afectando a las capas más superficiales de esta y se encuentra con aspecto de abrasión), Estadio III (pérdida total de la piel produciendo necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse de forma profunda) y Estadio IV (pérdida total del grosor de la piel, con la destrucción total o necrosis del tejido, lesión en el musculo, hueso o estructuras circundantes).

La principal causa de la formación de una UPP es la presión que se ejerce de forma continua entre diversos planos duros y la tolerancia que tienen los tejidos a esta. Cuando nos referimos a planos duros, en primer lugar, tenemos los huesos y prominencias óseas, fisiológicas o deformantes del paciente y en segundo lugar otros independientes a él, así como una cama, una silla, calzado no adaptado a los pies del paciente u otros objetos que puedan ejercer presión frente a los planos descritos anteriormente. El tipo de presión y la duración van a condicionar la aparición de la UPP y estas son inversamente proporcionales, es decir, la úlcera tendrá una mayor posibilidad de aparecer a mayor presión, se ejerza sobre la piel a pesar de aplicarse durante un menor periodo de tiempo, o en otro caso, ejercer una menor presión, pero durante un periodo de tiempo mayor.

Son muchos los factores que pueden colaborar en el desarrollo de estas úlceras, así como presión directa, cizallamiento, hiperemia, oxidación, factores intrínsecos relacionados con aspectos físicos y psicológicos de cada individuo (inmovilidad, diabetes, alteraciones respiratorias en la oxigenación de los tejidos y circulatorias, medicación, nutrición, deshidratación, edad) y factores extrínsecos; así como factores de tratamiento (sondaje, dispositivos ortopédicos inmovilizadores), factores situacionales (niveles socioeconómicos bajos, humedad

mantenida) y/o factores de entorno (mal uso de material preventivo, elevar la cabecera de la cama más de 30 grados de inclinación).

Antes de proceder a llevar a cabo un diagnóstico, debemos de realizar una valoración del riesgo que tienen los pacientes de poder presentar UPP a través de unas escalas.

Estas escalas se definen como; instrumento que establece una puntuación en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo (EVRUPP), y así poder identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP, aplicar recursos preventivos en función del riesgo y clasificar a los pacientes según el grado de riesgo que tengan.

Hoy en día, las escalas más usadas son la Escala de Norton y la escala de Braden. Es importante realizar una correcta prevención de la UPP, por tanto, debemos definir prevención como: “conjunto de medidas que enfocamos para poder prevenir las úlceras por presión (UPP) y heridas crónicas en el paciente”.

En el primer contacto con el paciente, a su ingreso, se debe de realizar una valoración del riesgo, al igual que se debe de realizar en cualquier momento donde se produzca algún cambio en el estado de salud de este. El procedimiento lo llevaremos a cabo con la “Escala de Valoración de Riesgo validada (Norton modificada)” siendo la puntuación de esta entre 5 (riesgo máximo) y 20 (mínimo riesgo). Posteriormente, aplicaremos las medidas preventivas, así como los cuidados de la piel, manejo de la humedad, manejo de la presión (vendajes de compresión), protección de zonas específicas de riesgo (apósitos), protección general del paciente, y nutrición (fórmula nutricional enriquecida en aceite de pescado y micronutrientes) e hidratación (aplicación de aceite de almendras). Debemos de tener en cuenta que el 95-98% de las úlceras se pueden evitar.

Está demostrado que el mejor método de tratamiento para las UPP es la prevención, ya que esta no solo mejorará la salud de los pacientes, sino que también minimizarán los costes.

El tratamiento se basará en dos objetivos; el primer objetivo será crear un ambiente húmedo que mejore la viabilidad de los tejidos y que favorezca la curación de la UPP, y el segundo objetivo o específico estará basado en aplicar cuidados generales según las características o necesidades de cada paciente, tratar adecuadamente a la úlcera para poder recuperar la integridad cutánea/tisular, poner en marcha una práctica asistencial que está basada en evidencias científicas, y evaluar contantemente esta práctica e incorporar a estos profesionales a las actividades de investigación.

Tras la búsqueda de las diferentes formas de tratamiento, hemos podido observar que está estadísticamente justificado que las UPP mejoran a la hora de utilizar

aceites tópicos de almendras, Pentoxifilina tópica, Atorvastatina, utilización de apósitos de forma preventiva al igual que los vendajes de compresión, llevar a cabo una dieta enriquecida con ácidos grasos N3 enterales y micronutrientes, y una fórmula nutricional enriquecida en aceite de pescado y micronutrientes.

2 Objetivos

Determinar cuáles son las principales medidas para prevenir la aparición de úlceras en pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, se analizaron las diferentes medidas para prevenir la aparición de UPP frente a grupos en los cuales no se aplicó ningún tipo de cuidados, ya sea de forma física directamente sobre la piel, así como apósitos o lociones tópicas, o mediante la nutrición.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la eficacia de los métodos de prevención de las úlceras por presión en pacientes críticos.

Para la búsqueda bibliográfica se utilizó inicialmente Pubmed. La búsqueda se realizó en inglés, ya que todas las publicaciones indexadas en esta base tienen obligatoriamente que incluir las palabras y el resumen en inglés, aunque posteriormente el artículo completo pueda estar escrito en otro idioma. Se empleó el buscador general de PubMed y se introdujeron los términos “prevention AND pressure ulcers”. Los resultados ofrecidos fueron acordes con el tema de esta revisión y se pudieron seleccionar numerosos artículos tras esta búsqueda. Posteriormente se intentó afinar un poco más la búsqueda introduciendo los términos “prevention AND pressure ulcers AND critical patients”, “topical prevention AND ulcers”, “diets AND pressure ulcers” “dressings AND pressure ulcers” en el buscador general de PubMed, obteniendo aún más resultados acordes con esta revisión.

A través de la página del Ministerio de Sanidad, se accedió a la biblioteca Cochrane, en cuyo buscador se introdujeron los términos “prevención úlceras por presión”, no obteniendo ningún artículo de interés para esta búsqueda.

Además, se usó el buscador de Medline, en cuyo buscador se introdujeron los términos “pressure ulcers”, obteniendo numerosos artículos. Dada la gran cantidad de artículos obtenidos, se decidió afinar más la búsqueda, introduciendo en el buscador los términos “prevention pressure ulcers”, lo cual arrojó resultados mucho

más afines a esta revisión bibliográfica y permitió recabar una buena cantidad de artículos.

De manera complementaria y para ampliar la búsqueda de artículos relacionados con el tema que pudiera haber no localizado en la búsqueda inicial, se obtuvo información de la bibliografía de los primeros artículos localizados, así como de distintas páginas web como: Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP) , SciELO, bibliografía de un libro sobre úlceras por presión que aportó un enfermero del centro de salud III realizado en el Hospital General de Ciudad Real, Google académico.

Los criterios de inclusión que se utilizaron en esta revisión sistemática fueron buscando un nivel de evidencia lo más alto posible, incluyendo todos aquellos ensayos clínicos aleatorizados que llevaban a cabo un análisis para ver cómo afectan los métodos de prevención en la aparición o evolución de las úlceras por presión.

De los resultados obtenidos en dicha búsqueda se seleccionaron aquellos artículos que comparaban por separado los apósitos de prevención de úlceras por presión, los cambios o la suplementación de nutrientes en la dieta y la aplicación de tópicos en la piel frente a no aplicar ningún tipo de cuidados.

Se incluyeron sólo trabajos en los cuales los pacientes se encontrasen en unidades de cuidados intensivos, fuesen críticamente enfermos o tuviesen algún tipo de inmovilidad que les impidiese evitar la formación de las úlceras por presión.

Por otro lado, los pacientes debían ser elegidos de forma aleatoria, debían de tener más de 18 años y no tener ningún tipo de lesión o úlcera por presión en la piel a la hora del ingreso del paciente en la unidad.

Por otro lado, se seleccionaron también artículos que valoraban la efectividad de prevención tópica en los pacientes fuera del ámbito hospitalario como por ejemplo en complejos residenciales con residentes de edades avanzadas.

Por otro lado, en los criterios de exclusión que se aplicaron excluyeron aquellos artículos que se centraban en el tratamiento o en el diagnóstico de las úlceras por presión, los que cuyo año era anterior al 2000, aquellos cuyo tema no tenía ningún tipo de relación con la prevención de UPP, y aquellos cuyos pacientes eran menores de 18 años o no se encontraban en una unidad de cuidados intensivos, no fuesen críticamente enfermos o no tuviesen algún tipo de inmovilidad que les impidiese evitar la formación de las úlceras por presión.

Se llevó a cabo una extracción de datos para poder obtener la información necesaria de esta revisión sistemática. Para recopilar correctamente los estudios, realizamos un proceso en el cual teníamos en cuenta estas preguntas: ¿se lleva a cabo algún tipo de método de prevención para las úlceras en los pacientes de

las Unidades de cuidados intensivos?, ¿los pacientes de dicho artículo están en el rango de edad establecido (mayores de 18 años)?, y ¿los pacientes de dicho estudio se encuentran en las unidades de cuidados intensivos, están críticamente enfermos o tienen algún tipo de inmovilidad que les impida evitar la formación de las úlceras por presión?

Con todo lo expuesto anteriormente se han seleccionado 31 artículos, de los cuales 13 cumplían todos los requisitos y permitían obtener conclusiones significativas de cara al tema de esta revisión bibliográfica.

Una vez seleccionados, los artículos se dividieron en aquellos en los que, si había diferencias significativas entre la utilización de apósitos, en la suplementación de nutrientes y dietas enriquecidas y en la aplicación de soluciones tópicas en comparación con la aplicación de cuidados básicos a estos pacientes.

4 Resultados

Los resultados de dicha revisión sistemática podemos diferenciarlos en tres apartados, en la aplicación de apósitos, tópicos y nutrición

Dentro del apartado de los apósitos podemos resumirlo en que siete de los trece estudios totales de esta revisión sistemática (7– 13) evalúan la eficacia para la prevención de las úlceras por presión en pacientes en las unidades de cuidados intensivos y en unidades de neurotrauma, médicos y quirúrgicos de alto riesgo. Previamente a estos cuidados se ha podido observar que los pacientes sufrían la aparición de úlceras por presión al encontrarse en situaciones especiales tales como inmovilidad, vulnerabilidad, sensibilidad en la piel.

Como sostienen Santamaria N, et al. (7) en un estudio de control aleatorio en 2013 se analizó un total de 440 pacientes ingresados en la UCI con probabilidad de desarrollar úlceras por presión los cuales fueron divididos en dos grupos. Un primer grupo de 221 pacientes (grupo control), los cuales recibieron los cuidados habituales de prevención de úlceras por presión y el segundo grupo de 219 pacientes (grupo de intervención) se les aplicaron apósitos Mepilex Border Sacrum y Mepilex Heel en el momento en que el paciente ingresaba en urgencias manteniéndose durante toda la estancia en la UCI. Este estudio puede demostrar la ventaja junto con la reducción de las úlceras por presión en un 10% en el grupo de intervención.

Hahnel E, et al. (8) evaluaron la efectividad de dos vendajes de silicona para prevenir las úlceras en el sacro y en el talón en comparación con no llevar a cabo ningún tipo de vendajes en un estudio de control aleatorio en el año 2018 con un total de 475 pacientes en unidades de cuidados intensivos , en el cual se divi-

dieron en un primer grupo de 210 pacientes (grupo control), el cual fue sometido a la atención habitual de prevención de úlceras por presión y en otro grupo de 212 pacientes (grupo intervención) que fue sometido a los cuidados habituales al igual que el grupo de control más la aplicación de un Mepilexfrontera Sacrum, vendaje en el sacro y Mepilex apósito para el talón. Este proceso se llevaba a cabo a todo paciente que llevaba más de 6 horas de ingreso en la UCI y su estancia se preveía que fuera de mínimo 3 días. Como conclusión se pudo demostrar que en el grupo de intervención tuvo una disminución de la aparición de las UPP en el sacro y en los talones que en el grupo de control.

Kalowes P. et al evaluó la efectividad de un aderezo de espuma de silicona suave de cinco capas para prevenir las úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos de un estudio de control aleatorio en 2012. Este estudio se realizó en 366 pacientes, los cuales fueron divididos en dos grupos, el primero con 182 pacientes (grupo control) el cual fue sometido a la atención habitual de prevención de úlceras por presión, y el segundo grupo con 184 pacientes (grupo de intervención) el cual se sometió al tratamiento habitual más un apósito de espuma de silicona suave de 5 capas en sacro dentro de las primeras 24 horas de ingreso del paciente en la UCI. Como conclusión se ha podido demostrar que el uso de los apósitos de espuma de silicona suave de 5 capas junto con la atención habitual en el paciente disminuye la incidencia y la gravedad de las UPP en comparación con la aplicación de la atención habitual solamente en el paciente.

Oe M. et al evalúa la (10) la efectividad de los apósitos multicapa de espuma de silicona para la prevención de las UPP en pacientes de alto riesgo, y así poder valorar estos apósitos en los pacientes con diarrea severa persistente y/o piel frágil de un estudio de control aleatorio en el año 2018. Este estudio se llevo a cabo con 600 pacientes de los cuales 300 pertenecían al grupo control, siendo sometidos a la atención estándar (cribado del riesgo de presión, inspección y cuidado de la piel, reposicionamiento cada 2 horas y superficies de apoyo como colchones de aire alterno), y otro grupo de 300 pacientes que pertenecían al grupo de intervención, siendo sometidos estos a apósitos de espuma de silicona multicapa en sacro y cóccix. Como conclusión, podemos determinar que la aplicación de los apósitos de espuma de silicona multicapa en sacro y cóccix previene las UPP en pacientes con diarrea severas y persistentes y/o piel frágil.

Meyers T. et al (11) en el año 2017 evalúa la efectividad que tiene el uso de un protector del talón para prevenir lesiones por presión de dicha zona y contracciones de flexión plantar en las unidades de neurotrauma, médicos y quirúrgicos de alto riesgo en un estudio de control aleatorio. Se llevo a cabo una asignación aleatoria de 54 pacientes, los cuales fueron divididos en dos grupos, el primero,

formado por 17 pacientes (grupo control) a los cuales se les aplicó un protector en el talón para descarga, produciendo que este quede en el aire y fuera de la cama manteniendo el pie en posición neutra y evitando un aumento de la presión. Siendo el segundo grupo, formado por 37 pacientes (grupo intervención) recibieron una descarga de presión en el talón aplicando 1 o 2 almohadas que se iban cambiando las posiciones y evaluando constantemente. Como conclusión se ha podido observar que hay menor posibilidad de desarrollar las UPP en los talones en los cuales se aplica un protector en el talón que en aquellos que se lleva a cabo un tratamiento con almohadas.

Tayyib N. et al (12) evalúa en el 2014 la eficacia que tiene un paquete de prevención en las úlceras por presión, el cual consta de una evaluación del riesgo, cuidados y evaluación de la piel, manejo de la nutrición del paciente, reposicionamiento, manejar las superficies de apoyo, educación y capacitación al paciente y cuidado de dispositivos médicos a aquellos pacientes que se encontraban ingresados en la UCI mínimo 24 horas en comparación de una intervención estándar de un estudio de control aleatorio. Este estudio fue aplicado a un total de 140 pacientes, dividido en dos grupos, el primero con un total de 70 pacientes (grupo control) fue sometido a la aplicación de cuidados estándares, y el segundo grupo, con un total de 70 pacientes (grupo intervención) fue sometido a este paquete de prevención de UPP anteriormente citado. Como conclusión se ha determinado que la aplicación de este paquete de prevención reduce la incidencia, gravedad y número de UPP en los pacientes, pero a pesar de ello, este artículo tiene ciertas limitaciones, ya que se necesita una investigación adicional para confirmar estos hallazgos con un estudio más.

Lee YJ. Et al (13) evalúa en el año 2017 la eficacia de usar apósitos adhesivos de silicona profilácticos para mantener la integridad de la piel en pacientes de la unidad de cuidados intensivos para poder valorar si la aplicación de estos apósitos reduce el deterioro de la integridad cutánea y evaluar la humedad subepidérmica (SEM) en un estudio de control aleatorio. Dicho estudio consta de 71 pacientes divididos en dos grupos; el primero formado por 31 pacientes (grupo control) sometidos a una atención estándar, y el segundo, formado por 35 pacientes (grupo intervención) es sometido a una atención estándar junto con la aplicación de un apósito adhesivo de silicona en el sacro y en el glúteo. Como conclusión se puede observar que la aplicación del apósito adhesivo de silicona disminuye la presión y el eritema, disminuyendo a su vez la incidencia de las úlceras por presión.

Dentro de la nutrición, tres estudios (14–16) se encargan de evaluar cómo afectan los cambios en la dieta y la suplementación de nutrientes en la prevención de las úlceras por presión.

Theilla M. et al (14) valora en el año 2007 a suplementación del ácido eicosapentanoico, ácido gamma-linoleico y antioxidantes en la prevención de formación de nuevas úlceras por presión en los pacientes críticos enfermos con lesión pulmonar aguda de un estudio de control aleatorizado. En este estudio participaron 100 pacientes, de los cuales, el primer grupo, o grupo control con 49 pacientes fueron sometidos a una fórmula con dosis alta de grasas, baja dosis de hidratos de carbono con formula enteral, mientras que el segundo grupo o grupo de intervención, con 51 pacientes se les administró una fórmula con la misma composición de macronutrientes, pero se les añadió adiciones de EPA, GLA y Vit A, C y E. Se ha podido observar que aquellos pacientes los cuales recibieron una dieta con una alta dosis de grasa, baja en hidratos de carbono con formula enteral, pero a su vez se les añadió un suplemento de EPA, GLA y Vit A, C y E tuvieron una disminución de la incidencia de las UPP.

Houwing R (15) valora en el año 2003 un estudio de control aleatorizado basado en el efecto que tiene el aplicar un suplemento de nutrición en la dieta de los pacientes para prevenir las úlceras por presión en pacientes con fractura de cadera. En dicho estudio participaron 103 pacientes, los cuales 52 de ellos se encontraban en el grupo control y se les recetó un suplemento de placebo a base de agua, y a los otros 51 del grupo de intervención se les aumentó la dieta con 400 mililitros de unos suplementos enriquecidos de proteínas, arginina, zinc y antioxidantes. Como conclusión este artículo pudo verificar que este tipo de dietas no pueden prevenir las UPP pero si contribuir a que los inicios, y las progresiones de estas úlceras por presión sean más tardíos.

Bourdel-Marchasson I. et al. (16) se encargaron de valorar los efectos que puede producir la suplementación nutricional oral en pacientes hospitalizados mayores críticamente enfermos en un estudio de control aleatorizado en el año 2003. Los 672 pacientes que participaron en dicho estudio, un primer grupo o grupo control, formado por 377 pacientes fueron sometidos a una dieta estándar de 1800 kcal repartidas en las tres comidas al día, y el segundo grupo o grupo de intervención, formado por 295 pacientes se les aplicaron una dieta estándar de 1800 kcal al día en tres comidas y se les aumento con dos suplementos orales de 200 kcal cada uno, el primero en el desayuno y el segundo a media tarde. Como conclusión se pudo observar que a los pacientes que se les aumentaba la dieta con dos suplementos orales disminuían el riesgo de presentar úlceras por presión.

Respecto a los tópicos, hubo tres estudios (17–19) se encargan de evaluar la eficacia y la seguridad que tienen las lociones tópicas al aplicarlas sobre la piel de los pacientes para prevenir las úlceras por presión, ya que se ha demostrado que mantener una piel hidratada disminuye el riesgo de producirse úlceras por pre-

sión.

Borzou SR. Et al determinó (17) el efecto del aceite de almendra en la prevención de las úlceras por presión en un estudio de control aleatorizado del año 2018. En este ensayo participaron 108 pacientes, de los cuales encontrábamos el grupo de intervención con 36 pacientes en los cuales se les aplicó aceite de almendras dulces de forma tópica, junto con reposicionamiento cada tres horas y la colocación de un colchón de presión alterna. En el segundo grupo o grupo control lo subdividimos en dos partes; el grupo control A, con 36 pacientes, los cuales fueron sometidos a atención habitual, y el grupo de control B, con 36 pacientes también, recibieron placebo de parafina junto con la atención de rutina. Como conclusión de dicho estudio se puede demostrar que hubo una disminución de la incidencia en las UPP en comparación con los participantes que recibieron parafina o estándar en atención solamente.

Hekmatpou D. et al (18) se encargó de determinar el efecto del gel de aloe vera en la prevención de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en las salas de ortopedia en un artículo de control aleatorizado, el año 2016. Dicho estudio incluye 80 pacientes, de los cuales 40 se encuentran en el grupo control el cual será administrado un placebo (gel de agua y almidón), y los otros 40 pacientes se encuentran en el grupo intervención el cual será administrado gel de aloe vera puro en cadera, sacro y talón, junto con unos cuidados diarios de rutina. Se ha verificado que los frotos de aloe vera puro previene los aumentos de la temperatura, el enrojecimiento no blanqueable, la hinchazón y el dolor.

Díaz Valenzuela A. et al (19) se encarga de valorar la eficacia del aceite de oliva como uso tópico y prevención de úlceras por presión en comparación con los HOFA en residentes de edades avanzadas, que tienen un gran riesgo y de esta misma forma valorar el nivel de seguridad del que constan cada uno de los tratamientos en un estudio de control aleatorizado en el año 2014. Dicho estudio consta de 571 pacientes, los cuales se dividen en dos grupos, el primero con 288 pacientes (grupo control) se les aplicó ácidos grasos hiperoxigenados, y el segundo grupo con 283 pacientes (grupo intervención) se les aplicó aceite de oliva tópico. Como conclusión se pudo demostrar que el aceite de oliva no es menos eficaz que los HOFA como tratamiento preventivo en las úlceras por presión en los residentes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos observar que los métodos de prevención de las úlceras por presión como los apósitos, la suplementación en la nutrición, y la aplicación

de tópicos en la piel son beneficiosos en cuanto a la disminución de la incidencia de lesiones en la piel. Más concretamente, se ha observado que la suplementación de nutrientes en la dieta, quizás no sea suficiente para la prevención de las úlceras por sí sola, pero sí para evitar la evolución a estatificaciones más graves, por tanto, cuando un paciente se somete a una intervención quirúrgica, la nutrición no puede volver a implantarse hasta dos días posterior a la intervención, y se ha demostrado que durante estas 48 horas es el periodo más vulnerable donde hay mucha más posibilidad de producirse las lesiones/úlceras en la piel, sobre todo las de estadio I.

Por tanto, el uso de los apósitos de forma preventiva, la aplicación de tópicos en la piel de los pacientes con un elevado riesgo de desarrollar úlceras por presión o la adición de suplementos nutricionales en la dieta es beneficioso aplicarlos en los pacientes de forma individual, pero a pesar de ello, hemos observado que no son métodos definitivos para evitar la aparición de las úlceras por presión, ya que son muchos los factores que pueden llegar a influir en la aparición y el desarrollo de estas, por lo que es recomendable llevar a cabo estas acciones junto con los cuidados estándares de prevención de UPP, así como, realizar el cambio postural de pacientes cada 2-3 horas para evitar el apoyo sobre una misma superficie durante mucho tiempo, y utilizar colchones específicos de prevención de úlceras, no usar jabones que irriten la piel y no aplicar ningún tipo de alcohol directamente sobre la piel.

6 Bibliografía

1. 43_pdf.pdf [Internet]. [citado 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/43_pdf.pdf
2. López JLB. Definición y clasificación de las úlceras por presión. :5.
3. TEMA 4. ETIOPATOGENIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN [Internet]. [citado 26 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/heridas-cronicas-y-ulceras-por-presion/tema-4-etiotopogenia-de-las-ulceras-por-presion>
4. Úlceras por presión: Etiopatogenia | Úlceras.net [Internet]. [citado 26 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotopogenia.html>
5. Etiopatogenia de las UPP - Información [Internet]. [citado 26 de enero de 2022]. Disponible en: [https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Etiopatoxenia%](https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Etiopatoxenia%20de%20las%20UPP)

20UPP?idioma=es

6. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión [Internet]. [citado 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005
7. Santamaria N, Gerdtz M, Sage S, McCann J, Freeman A, Vassiliou T, et al. A randomised controlled trial of the effectiveness of soft silicone multi-layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial: Randomised controlled trial. *Int Wound J*. junio de 2015;12(3):302-8.
8. Hahnel E, El Genedy M, Tomova-Simitchieva T, Hauß A, Stroux A, Lechner A, et al. The effectiveness of two silicone dressings for sacral and heel pressure ulcer prevention compared with no dressings in high-risk intensive care unit patients: a randomized controlled parallel-group trial. *Br J Dermatol*. agosto de 2020;183(2):256-64.
9. Kalowes P, Messina V, Li M. Five-Layered Soft Silicone Foam Dressing to Prevent Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 1 de noviembre de 2016;25(6):e108-19.
10. Oe M, Sasaki S, Shimura T, Takaki Y, Sanada H. Effects of Multilayer Silicone Foam Dressings for the Prevention of Pressure Ulcers in High-Risk Patients: A Randomized Clinical Trial. *Adv Wound Care*. 1 de diciembre de 2020;9(12):649-56.
11. Meyers T. Prevention of Heel Pressure Injuries and Plantar Flexion Contractures With Use of a Heel Protector in High-Risk Neurotrauma, Medical, and Surgical Intensive Care Units: A Randomized Controlled Trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. septiembre de 2017;44(5):429-33.
12. Tayyib N, Coyer F, Lewis PA. A Two-Arm Cluster Randomized Control Trial to Determine the Effectiveness of a Pressure Ulcer Prevention Bundle for Critically Ill Patients: Pressure Ulcer Prevention Bundle. *J Nurs Scholarsh*. mayo de 2015;47(3):237- 47.
13. Lee YJ, Kim JY, Shin WY. Use of prophylactic silicone adhesive dressings for maintaining skin integrity in intensive care unit patients: A randomised controlled trial. *Int Wound J*. marzo de 2019;16:36-42.
14. Theilla M, Singer P, Cohen J, DeKeyser F. A diet enriched in eicosapentanoic acid, gamma-linolenic acid and antioxidants in the prevention of new pressure ulcer formation in critically ill patients with acute lung injury: A randomized, prospective, controlled study. *Clin Nutr*. diciembre de 2007;26(6):752-7.
15. Houwing R. A randomised, double-blind assessment of the effect of nutritional supplementation on the prevention of pressure ulcers in hip-fracture patients. *Clin Nutr*. agosto de 2003;22(4):401-5.

16. Bourdel-Marchasson I, Barateau M, Rondeau V, Dequae-Merchadou L, Salles-Montaudon N, Emeriau J-P, et al. A multi-center trial of the effects of oral nutritional supplementation in critically ill older inpatients. *Nutrition*. enero de 2000;16(1):1-5.
17. Borzou SR, Amiri S, Azizi A, Tapak L, Rahimi Bashar F, Moradkhani S. Topical Almond Oil for Prevention of Pressure Injuries: A Single-Blinded Comparison Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. julio de 2020;47(4):336-42.
18. Hekmatpou D, Mehrabi F, Rahzani K, Aminiyan A. The effect of Aloe Vera gel on prevention of pressure ulcers in patients hospitalized in the orthopedic wards: a randomized triple-blind clinical trial. *BMC Complement Altern Med*. diciembre de 2018;18(1):264.
19. Díaz-Valenzuela A, García-Fernández FP, Carmona Fernández PedroJ, Valle Cañete MJ, Pancorbo-Hidalgo PL. Effectiveness and safety of olive oil preparation for topical use in pressure ulcer prevention: Multicentre, controlled, randomised, and double-blinded clinical trial. *Int Wound J*. diciembre de 2019;16(6):1314-22.
20. Santamaria N, Gerdtz M, Sage S, McCann J, Freeman A, Vassiliou T, et al. A randomised controlled trial of the effectiveness of soft silicone multi-layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial: Randomised controlled trial. *Int Wound J*. junio de 2015;12(3):302-8.
21. prevencion-de-cuidados-locales-y-heridas-cronicas.pdf [Internet]. [citado 26 de enero de 2022]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-de-cuidados-locales-y-heridas-cronicas.pdf>
22. Roca-Biosca A, Garcia-Fernandez FP, Chacon-Garcés S, Rubio-Rico L, Olona-Cabases M, Anguera-Saperas L, et al. Validación de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión EMINA y EVARUCI en pacientes críticos. *Enferm Intensiva*. 1 de enero de 2015;26(1):15-23.
23. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico [Internet]. [citado 26 de enero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632015000400204&script=sci_arttext
24. Chaiken N. Reduction of sacral pressure ulcers in the intensive care unit using a silicone border foam dressing. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. abril de 2012;39(2):143-5.
25. Moore ZE, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 6 de diciembre de 2018;12:CD009362.
26. Lupiáñez-Perez I, Uttumchandani SK, Morilla-Herrera JC, Martin-Santos FJ,

Fernandez-Gallego MC, Navarro-Moya FJ, et al. Topical olive oil is not inferior to hyperoxygenated fatty acids to prevent pressure ulcers in high-risk immobilised patients in home care. Results of a multicentre randomised triple-blind controlled non-inferiority trial. PLoS One. 2015;10(4):e0122238.

27. Avijgan M, Kamran A, Abedini A. Effectiveness of Aloe Vera Gel in Chronic Ulcers in Comparison with Conventional Treatments. Iran J Med Sci. mayo de 2016;41(3 Suppl):S30.

28. Luis D de, Aller R. Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión. An Med Interna (Madrid) [Internet]. julio de 2007 [citado 31 de marzo de 2022];24(7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000700009&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Capítulo 125

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. INVESTIGACIÓN Y EXPOSICIÓN DE CANALIZACIÓN DE UNA VÍA PERIFÉRICA

ANTONIO GALIANO JURADO

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

VANESA RODRÍGUEZ CETINA

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre quién es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Siempre que no surge algún problema de salud, siempre queremos ser atendidos en el mejor centro médico y por el mejor personal sanitario.

Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.

A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está más o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de

servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre la investigación y exposición de canalización de una vía aérea por parte del personal de enfermería. La canalización de una vía periférica es una técnica crítica en el campo de la enfermería que tiene como objetivo proporcionar un acceso intravenoso para la administración de medicamentos y líquidos a un paciente. Este procedimiento se realiza insertando un catéter en un vaso sanguíneo en el brazo o la pierna, lo que permite a los profesionales de la salud suministrar medicamentos y tratamientos de manera eficiente y efectiva.

2 Objetivos

Exponer el manejo a la hora de la canalización de una vía periférica por parte del personal de enfermería a pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es importante tener en cuenta que la canalización en un sitio previamente perforado puede aumentar el riesgo de extravasación de fluidos y la formación de hematomas. Por lo tanto, es crucial que los profesionales de la salud utilicen un enfoque cuidadoso y preciso al seleccionar el sitio de canalización y realizar la técnica.

La canalización de una vía periférica es un aspecto fundamental del trabajo de enfermería que tiene como objetivo proporcionar un acceso intravenoso seguro y

efectivo para la administración de medicamentos y tratamientos. Es esencial que los profesionales de la salud comprendan y sigan los protocolos adecuados para garantizar una canalización exitosa y minimizar el riesgo de complicaciones.

La selección de anatomía y venas para la canulación periférica es importante para el éxito de la técnica. El conocimiento de la anatomía y fisiología venosa es fundamental para la enfermera que realiza la canalización de vía periférica, ya que le permitirá utilizar pensamiento reflexivo y crítico en sus acciones.

En la fosa ante cubital, las venas más visibles incluyen la cefálica, la basílica, la mediana cubital y la mediana cefálica. En el área ventral y dorsal del antebrazo, se encuentran la cefálica, la basílica y la mediana del antebrazo. En el dorso de la mano, las venas metacarpianas son una opción frecuente para la canulación de vía periférica.

Además de las venas del brazo, la pierna y el cuello también pueden utilizarse para el acceso periférico. La vena yugular externa, ubicada en el cuello, es una vena grande que se puede canular fácilmente, incluso en pacientes con grave depleción de volumen o acceso limitado a las extremidades. La posición Trendelenburg de la cama del paciente o la realización de una maniobra de Valsalva a menudo agrandan la vena, lo que facilita la canulación.

La selección cuidadosa de la anatomía y las venas para la canulación periférica es crucial para garantizar el éxito y la seguridad del paciente. La enfermera debe tener un conocimiento sólido de la anatomía y fisiología venosa para poder realizar una técnica efectiva y segura de canalización de vía periférica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el conocimiento de la anatomía y fisiología venosa es esencial para la enfermera que desea canalizar una vía periférica. Las venas más accesibles en el cuerpo incluyen las venas metacarpianas dorsales en la mano, la vena cefálica en el antebrazo, la fosa cubital y la vena yugular externa en el cuello. Las venas de la fosa cubital, aunque no son una opción primaria para el acceso IV no urgente, proporcionan una opción útil en situaciones de emergencia. Además, la vena yugular externa en el cuello es una gran vena que se puede canular fácilmente, incluso en pacientes con graves problemas de volumen o acceso deficiente a las extremidades. Por lo tanto, es importante que la enfermera tenga una comprensión profunda de la anatomía y fisiología venosa, lo que le permitirá utilizar un pensamiento reflexivo y crítico en sus acciones para asegurarse de una canalización eficaz y segura de la vía periférica.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 126

ALIVIO DEL DOLOR NO FARMACOLÓGICO EN PEDIATRÍA

MARIA HORNA MARTINEZ

1 Introducción

El alivio del dolor no farmacológico en pediatría, es un enfoque importante para garantizar su bienestar y comodidad durante procedimientos médicos o situaciones que puedan causarles dolor. En el caso de neonatos, la falta de respuesta a estímulos dolorosos no implica falta de dolor.

Se sabe que antes de las 28 semanas de edad gestacional, en el feto, ya se han desarrollado los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción del dolor.

La vía inhibitoria descendente nociceptiva no estará funcionalmente madura hasta varias semanas o meses después del nacimiento, por lo que los Neonatos poseen un umbral de excitación y sensibilización más bajo.

Se han investigado diversas intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor en neonatos, como el posicionamiento, medidas de distracción, succión nutritiva o no nutritiva (lactancia materna, sacarosa oral, el chupete), el masaje, el método canguro y disminución de estímulos ambientales.

En el caso de niños más adultos, se ha visto que las conductas de padres más catastrofistas influyen y pueden marcar después la educación del dolor en el niño. Por eso será importante escuchar al niño, dedicándole tiempo sin sobreprotegerlo, reforzando los comportamientos valerosos que este tenga, sin reírnos nunca ante sus expresiones de dolor, llamando a las cosas por su nombre (no emplear palabras como "pupa" refiriéndonos al daño), ya que puede confundirlos.

2 Objetivos

Revisar la literatura científica disponible sobre las intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor en neonatos y analizar sus efectos y beneficios.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando bases de datos científicas, como PubMed, Scopus, Cochrane y Web of Science. Se incluyeron estudios en español e inglés que investigaron intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor en neonatos y que proporcionaron resultados cuantitativos o cualitativos sobre la eficacia de estas intervenciones.

4 Resultados

Los neonatos en los que no fue tratado debidamente el dolor pueden presentar posteriormente algunas dificultades en los procesos de aprendizaje, conducta, memoria, socialización y expresión de los sentimientos

Algunas de las causas del dolor son las siguientes:

-Intervenciones:

Ejecución de técnicas: venopunción, punción en talón, punción lumbar, colocación SNG, cambios posturales.

Exploraciones (examen ocular de rop).

Curas de heridas quirúrgicas.

-Resultados adversos de intervenciones terapéuticas:

Extravasación de sueros.

Quemaduras.

Heridas.

-Dolor continuo motivado por patología:

Postoperatorio.

Lesiones cutáneas.

Respuestas objetivas de dolor:

Signos:

Actitud/ cambios de comportamiento.

Postura

◦ Facies/expresión facial

- Llanto
 - excitabilidad
 - Respuesta motora corporal. (Mov. Groseros).
- Inclusión de pulgares.

Síntomas:

- Disminución de la saturación de oxígeno ◦ Hipertensión arterial
- Palidez
- Taquicardia
- Taquipnea
- Tensión muscular, hipertonía.
- vc periférica.
- diaforesis.
- dilatación pupilar.
- respuesta hormonal: catecolaminas, insulina.

Los resultados de la revisión bibliográfica mostraron que existen varias intervenciones no farmacológicas que pueden ser efectivas para el alivio del dolor en neonatos. Algunas de las intervenciones con mayor evidencia incluyen:

- Posicionamiento:
 - El decúbito prono reduce el dolor y el estrés después de procedimientos invasivos y da estabilidad al neonato
 - Debemos evitar la sujeción de las extremidades superiores y los entablillados
 - Fomentaremos la contención del neonato y la postura en flexión fetal lateral (brazos y piernas flexionadas) con la elaboración de “nidos”
- Contención o plegamiento facilitado: consiste en facilitar y mantener al bebé en una posición de flexión con los brazos y las piernas hacia la línea media y próximos al tronco, desde 3 minutos antes del procedimiento, durante el mismo y los 3 minutos posteriores; esta es una postura de autorregulación cuyo efecto se magnifica si se ve acompañado de otras medidas de autorregulación del niño como la succión, el agarre o la presencia de los padres. Con esta medida se consigue una mayor estabilidad fisiológica y de comportamiento del bebé, con una disminución del aumento de la frecuencia cardíaca durante el procedimiento y una recuperación más rápida de la frecuencia basal tras el mismo, disminución del llanto total, así como la expresión de dolor, sin influir en la saturación de oxígeno (SatO2).
- Envolver al bebé: arropar y envolver al niño antes y durante la aplicación de procedimientos dolorosos o manipulaciones ha demostrado ser de utilidad en

el manejo del dolor, pues facilita la relajación del niño y disminuye su estrés; además disminuye el aumento de frecuencia cardíaca durante el procedimiento y en la fase de recuperación tras el procedimiento aumenta la SatO₂ y la estabilidad del niño: técnica Swaddling.

- Mínima manipulación:

- Agrupar los cuidados y procedimientos de enfermería, también las valoraciones y exploraciones, y eliminar las innecesarias.
- tener todo el material necesario preparado antes de comenzar a manipular al niño.
- Evitar manipulación excesiva y brusca, hacerlo con suavidad, vigilando en todo momento las respuestas del niño.
- Pedir ayuda para sujetar, calmar al niño, así como la realización de la técnica.
- Cuando las extracciones sanguíneas vayan a ser muy frecuentes, se debe disponer de un catéter umbilical o epicutáneo-cava para poder realizarlas sin causar dolor al neonato
- Debe justificarse y no prolongarse la indicación de todo aquello que pueda molestar al neonato: monitorización, sondas, ...

- Medidas de distracción:

Desviación de la atención del niño lejos del procedimiento que se va a llevar a cabo narración de cuentos: conocidos o inventados, adaptados al niño y a ser posible, que permitan su participación en la historia, haciéndolo, por tanto, más participativo y aumentando la concentración en el mismo.

- Imaginación guiada: ayudar al niño a crear imágenes mentales positivas, reales o fantásticas, que le resulten agradables y le abstraigan del procedimiento al que se está sometiendo.
- El juego es también un gran aliado como medida de distracción, pudiendo emplearse distintas estrategias siempre que no interfieran en la realización del procedimiento, como soplar, contar números u objetos, apretar la mano de alguien, globos, guantes hinchados y pintados, burbujas de jabón, jeringas para que el niño juegue, o representaciones con muñecos, títeres o disfraces (incluyendo los “médicos payaso”, ha demostrado disminuir la ansiedad), ayudando al niño así también a vivir de una forma desdramatizada la situación.
- Videojuegos, que han demostrado en varios estudios fomentar la evasión del momento, disminuyendo así significativamente la ansiedad.

- musicoterapia: regula la frecuencia cardíaca.
- Estimulación competitiva: consiste en dar suaves golpes, roces o vibraciones antes del procedimiento doloroso en la extremidad en la que se va a llevar a cabo, o bien en la extremidad contralateral durante la realización del procedimiento. Buzzy®, un instrumento con forma de abeja y decorado como tal, que dispone de un vibrador que se combina con el efecto del frío, además de incorporar una ranura donde se pueden colocar dibujos para potenciar su efecto distractor.

- Estimulación Olfatoria y sensorial.

El método canguro, que implica el contacto piel con piel entre el neonato y sus padres, se ha demostrado eficaz para disminuir el estrés asociado a los estímulos dolorosos y reduce la respuesta al dolor (disminuye Frecuencia cardíaca y Saturación de oxígeno).

Tenemos que fomentar el amamantamiento durante las intervenciones dolorosas.

- Masaje: El masaje suave y adecuado puede ayudar a calmar al neonato y reducir la percepción del dolor.

Movimientos rítmicos y repetidos son eficaces para disminuir el dolor, y para calmar y atenuar el llanto.

La imposición de manos también se ha demostrado que produce tranquilidad y calma en el neonato.

Succión nutritiva y no nutritiva:

Mediante chupete, sacarosa oral o lactancia materna:

La sacarosa oral: La administración de sacarosa oral antes de procedimientos dolorosos ha demostrado reducir el dolor y el estrés en neonatos.

Se debe administrar 2 minutos antes del procedimiento doloroso, repitiendo pequeñas dosis cada 2 minutos durante el procedimiento, y una última dosis 1-2 minutos tras la finalización del mismo, aumentando así su eficacia.

Preparación: 1 sobre de azúcar común diluido en 30 ml de agua

Cuando tenemos que pinchar al niño, con antelación le administraremos (si es el caso), la medicación sedante/analgésica pautada para cuando lo precise. Si no tiene medicación pautada le daremos sacarosa+ tetina o chupete para que succione.

(1 g en 4 ml de agua estéril)

La sacarosa reduce los índices de dolor fisiológico y conductuales.

Para exámenes oculares de retinopatía: los anestésicos tópicos no eliminan por

completo las respuestas dolorosas, por lo que es mejor añadir sacarosa. Es preferible la venopunción a la punción capilar, se provoca menos dolor y se consigue mayor efectividad. No usar el anestésico local o tópico EMLA: (lidocaína al 2,5%+prilocaína al 2,5%), ya que necesita 60 min para actuar. El efecto alcanza entre 2-4 mm de profundidad y es poco efectivo para la punción del talón.

- Lactancia materna: La lactancia materna se ha asociado con una reducción significativa del dolor en neonatos durante procedimientos como la extracción de sangre o la administración de vacunas.

- Beneficios del chupete:

- Efecto tranquilizante
- Efecto analgésico:

El chupete produce un efecto calmante que se usa para prevenir la ansiedad por el dolor.

Así, la Academia Americana de Pediatría (AAP) indica que en los recién nacidos y lactantes menores de 6 meses la succión no nutritiva (por medio del chupete o la tetina o la succión del pezón materno) puede aliviar el dolor en los 2 minutos previos a la realización de procedimientos menores tales como:

- Vacunaciones

- Punción venosa (extracción de sangre o colocación de una perfusión)

- Cribado de retinopatía de la prematuridad

- Punción del talón, ...

En estas ocasiones, y si lo permite el estado general del paciente, la administración de 2 ml de una solución de sacarosa (1 ml. en cada mejilla dice textualmente la AAP) junto a la succión no nutritiva es la opción más efectiva.

- Estimulo del recién nacido pretérmino
- Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

Disminución de estímulos ambientales:

- La luz brillante y los ruidos causan una estimulación excesiva del neonato, su control puede disminuir la sensación dolorosa
- Regulación de las visitas de los familiares y amigos
- Visitas programadas de los-as hermanos-as, siempre que no les cause un perjuicio
- Evitar el calor, el frío y el hambre

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las intervenciones no farmacológicas, pueden ser efectivas para el alivio del dolor en neonatos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada neonato es único y puede responder de manera diferente a estas intervenciones. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor los mecanismos subyacentes y optimizar la implementación de estas intervenciones en la práctica clínica.

Se pueden utilizar diversas técnicas para poder aliviar el proceso doloroso o traumático del niño, siempre teniendo en cuenta la edad del niño, en qué procedimiento se va a emplear, técnica a ejecutar, etc. para aportar una experiencia más placentera y disminuir en la medida de lo posible la ansiedad.

6 Bibliografía

1. Adrián Gutiérrez J, Aldecoa Bilbao V, Alonso Salas MT, Baraibar Castelló R, Bretón Martínez JR, Capapé Zache S, et al. Manual de analgesia y sedación en urgencias de Pediatría. Madrid: Ergon; 2009.
2. Arribas Blanco JM, Rodríguez Pata N, Castelló Fortet JR, Rodríguez Marrodán B. Uso de anestésicos tópicos. *FormMedContin Aten Prim*. 2003;10:189-190.
3. Broome ME. Preparation of children for painful procedures. *Pediatr Nurs*. 1990; 16 (6): 537-41.
4. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*. 2000; 105 (1): e14.
5. Giraldo Montoya I, Rodríguez Gázquez MA, Mejía Cadavid LA, Quirós Jaramillo A. Efectividad del uso de la sucrosa en la prevención del dolor durante la punción venosa en neonatos. *EnfermClin*. 2009; 19 (5): 267-274.
6. Pérez Gaxiola G, Cuello García CA. La sacarosa disminuye el llanto de neonatos durante procedimientos menores, aunque el electroencefalograma no se modifica. *EvidPediatr*. 2010; 6: 76.
7. Reinoso Barbero F. El dolor de los niños: ¿un gran desconocido o un gran olvidado?. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000; 5: 277 – 278
8. Weisman SJ, Bernstein B, Schechter NL. Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998 Feb;152(2):147-149.
9. Taddio A, Katz J. The effects of early pain experience in neonates on pain responses in infancy and childhood. *Paediatr Drugs* 2005; 7(4):245-257.

10. Chen E, Zeltzer LK, Craske MG, Katz ER. Alteration of memory in the reduction of children's distress during repeated aversive medical procedures. *J Consult Clin Psychol* 1999 Aug; 67(4):481-490.
11. Valle E, Amat MI, Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. *Desenvolupament infantil i atenció precoç: revista de l'Associació catalana d'atenció precoç*, 2012 [Consultado 22 Nov 2020]; (33): 1-11.
12. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A, Haliburton S, Shorkey A (2016). https://www.cochrane.org/es/CD001069/NEONATAL_sacarosa-para-la-analgesia-alivio-del-dolor-de-recien-nacidos-sometidos-procedimientos-dolorosos
13. Elserafy FA, Alsaedi SA, Louwrens J, Bin Sadiq B, Mersal AY. Oral sucrose and a pacifier for pain relief during simple procedures in preterm infants: a randomized controlled trial. *Ann Saudi Med* 2009; 29: 184-188.
14. Kristoffersen L, Skogvoll E, Hafström M. Pain reduction on insertion of a feeding tube in preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2011; 127: e1449-54.
15. Yiallourou SR, Poole H, Prathivadi P, Odoi A, Wong FY, Horne RSC. The effects of dummy/pacifier use on infant blood pressure and autonomic activity during sleep. *SleepMed* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Mar 8]; 15 (12) : 1508-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25441754>

Capítulo 127

ENFERMERÍA EN LA DIABETES MELLITUS

MARÍA JOSE GABALDON CUENCA

ADELA BLÁZQUEZ MORENO

CARMEN SANCHEZ QUINTANILLA

JOSÉ FRANCISCO OVIEDO OVIEDO

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina, es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o una deficiencia de su acción.

La insulina juega un papel fundamental, ya que es la hormona creada por el páncreas y es la que ayuda a que la glucosa se inserte en las células y se transforme en energía. Cuando la insulina no es suficiente o su uso es inadecuado, la glucosa se queda en la sangre y no consigue llegar a las células. La glucosa es un compuesto que contienen las comidas, y la insulina contrarresta los excesos de glucosa en la sangre, administrando sus nutrientes y proteínas a las células de los músculos, la grasa y el hígado, manteniendo así un equilibrio óptimo en la sangre y todo el cuerpo. Con el tiempo, el exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas serios. Puede dañar los ojos, los riñones y los nervios, también puede causar enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y la necesidad de amputar un miembro.

Durante el capítulo se conocerán los distintos tipos de diabetes que existen, se identificarán los síntomas que pueden aparecer a la hora de padecer diabetes y también se darán a conocer los diferentes factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de padecer la enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de diabetes.
- Identificar los síntomas que aparecen con la diabetes.
- Saber los factores de riesgo que pueden aumentar la aparición de la diabetes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline, Scielo y Pubmed, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Se han utilizado como palabras clave: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, glucosa, cuidados de enfermería, síntomas, factores de riesgo.

4 Resultados

Los principales tipos de diabetes son:

Diabetes tipo 1 o insulino dependiente: se produce cuando el cuerpo no produce insulina porque el sistema inmunitario ataca y destruye las células del páncreas que la producen. Suele darse en niños y adultos jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier etapa. El tratamiento es el uso de insulina diaria para sobrevivir y han de mantener controlados los niveles de azúcar en sangre.

Diabetes tipo 2 o no insulino dependiente: el cuerpo no produce o no usa la insulina debidamente. Puede aparecer a cualquier edad, pero con mayor frecuencia en personas de mediana edad y en los ancianos. Es el tipo más común de diabetes. Aquellas personas con más predisposición a padecer esta diabetes podrían a través de cambios en sus estilos de vida poder disminuir las probabilidades de desarrollarla e incluso prevenirla.

Diabetes gestacional: Afecta a algunas mujeres durante el embarazo y la mayoría de las veces desaparece después de tener al bebé. Cuando una mujer ha sufrido

diabetes gestacional tienen más probabilidad de sufrir diabetes tipo 2.

Existen otros tipos de diabetes, pero menos frecuentes, como son los defectos genéticos en la producción de insulina, los defectos genéticos en la acción de la insulina o los defectos causados por enfermedades del páncreas, ya sea inducida por medicamentos (después de un trasplante) o por una destrucción de las células del páncreas (fibrosis quística o pancreatitis crónica).

Los síntomas que suelen aparecer en las personas que presentan diabetes son: polidipsia (sensación de mucha sed), cansancio, infecciones fúngicas, pérdida de peso, visión borrosa, poliuria (necesidad de orinar constantemente), polifagia (sensación de mucha hambre), dificultad para la curación de las heridas, prurito y sequedad en la piel, hormigueo en pies o descenso de sensación en los mismos, entre otros.

A largo plazo, las personas con diabetes pueden presentar una serie de problemas y enfermedades: enfermedades del corazón, problemas de los pies, lesiones en los nervios, problemas en los ojos, enfermedades dentales, etc.

Es importante saber los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer diabetes y poder actuar para poder remediarlo: la obesidad o sobrepeso, ser mayor de 45 años, tener hipertensión arterial, antecedentes en la familia de diabetes, haber sido diagnosticada de diabetes gestacional durante el embarazo, estar diagnosticado de síndrome de ovario poliquístico, alumbrar a un hijo de más de 4 kg, el tabaquismo, una vida con poca actividad física, estar diagnosticado de depresión, padecer de prediabetes, nivel bajo de colesterol, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos dicho, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica e irreversible, que no tiene cura actualmente, pero con una dieta equilibrada, ejercicio físico y tratamiento farmacológico se puede controlar. Manteniendo un buen control de los niveles de glucosa en sangre y también de los factores que pueden coexistir, como el aumento del colesterol, de los triglicéridos y la hipertensión arterial, adaptado a la edad y las condiciones generales del paciente, permite reducir las complicaciones a largo plazo.

Es importante que los profesionales sanitarios tengan un amplio conocimiento sobre la diabetes, dada la alta prevalencia que tiene a nivel mundial y el alto coste tanto a nivel personal como a nivel sanitario. El adecuado manejo de esta enfermedad podría ayudar a las personas que la sufren a evitar, en la medida de lo posible, una gran afectación de su calidad de vida.

Conocer los tipos de diabetes que existen para saber cómo reacciona el organismo

y así ajustar el tratamiento lo mejor posible a las necesidades del paciente: Sin olvidar la importancia de que existen factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de padecer diabetes, por lo que conocerlos puede ayudarnos a corregir o reducir aquellos que son modificables.

6 Bibliografía

- 1- Fundación Española del Corazón. Diabetes mellitus [Internet]. Madrid; 2021: Fundación Española del Corazón. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgocardiovascular/diabetes.html>
- 2- Robert B. Diabetes clínica y tratamiento. 1990.
- 3- Harold E. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones. 1994.
- 4- Sanchez Rivero G. Historia de la diabetes Gac Med Bol (on line) 2007
- 5- Colino E. Fundación para la Diabetes. Madrid: Fundación para la Diabetes. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org>.
- 6- MedilinePlus. Diabetes tipo 1. [Internet]. Bethesda; 2020: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype1.html>
- 7- MedilinePlus. Diabetes tipo 2 [Internet]. Bethesda; 2019: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html>

Capítulo 128

TABAQUISMO. EFECTOS Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

Definimos tabaquismo como la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos: la nicotina, cuya acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.

Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), el tabaco provoca cerca de 52.000 muertes anuales en España (Fuente CNPT: 2018) por dolencias como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón y faringe. Además de ser el factor de riesgo cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población.

Por otro lado, denominamos fumador pasivo a la persona que, pese a no ser fumadora, en un ambiente cerrado inhala humo de tabaco procedente de otros fu-

madores. El comité nacional para la prevención del tabaquismo (CNPT) determinó que en personas que conviven con personas fumadoras aumenta de un 20 a un 50 por ciento el riesgo de aparecer cáncer de pulmón y de un 20 a un 30% el riesgo de padecer una enfermedad coronaria y los hijos de padres fumadores un 20% más de padecer asma, infecciones respiratorias (30%), otitis (50%), catarros frecuentes, tos persistente...

El tabaco está estrechamente relacionado con 3 tipos de enfermedades: El cáncer, donde se ha demostrado que las sustancias tóxicas que forman el humo del tabaco dañan el ADN de células, llevando a un crecimiento sin control y formando un tumor (el más característico, el del pulmón), las enfermedades cardiovasculares y el EPOC (el humo del tabaco desencadena una reacción irritante en las vías respiratorias, disminuyendo la capacidad pulmonar y aumentando las secreciones en la tráquea y los bronquios dando como resultado una tos crónica y expectoración habitual)

Los efectos del tabaco sobre el aspecto físico más característicos son: piel deshidratada y aspecto cetrino, flacidez y descolgamiento, comedones oscuros, labios resecos, aumento de caries, manchas en encías, dientes amarillentos, uñas amarillentas, cicatrices hipertróficas, pelo canoso prematuro, caída del cabello y cabello apagado quebradizo.

Para llevar a cabo el abordaje del paciente fumador, en primer lugar debemos de identificar a dicho paciente, y para preparar una buena actitud terapéutica y pronóstico es necesario llevar a cabo un buen diagnóstico, realizado a través de varias fases: en primer lugar identificar en qué fase de abandono se encuentra el paciente (la fase de precontemplación, fase en la que los pacientes no están dispuestos a realizar un intento de abandono, fase de contemplación, aquellos que están pensando en dejar de fumar en los próximos meses, pero que prefieren retrasar la decisión, fase de preparación, están dispuestos a realizar un intento serio de abandono en el momento actual (en el próximo mes), la fase de acción es aquella en la que están sin fumar durante un periodo menor de 6 meses y fase de mantenimiento en la que se mantiene abstinente durante un periodo mayor a 6 meses pero menor a 1 año). Posteriormente se llevará a cabo la recopilación de historia clínica general (anamnesis, antecedentes personales...), historial del tabaquismo (antecedentes, paquetes/año, intentos previos de abandono...), cuestionarios para medir la motivación para dejar de fumar (escala visual analógica), la dependencia (test de Richmond, Fagerström), la autoestima y la autoeficacia y por último, exploraciones complementarias en atención especializada.

Definimos entrevista motivacional a aquella cuyo objetivo es ayudar a desarrollar a la propia persona sus habilidades con el fin de animarla al cambio respecto al estilo de vida no saludable, ayudando a los pacientes a explorar y resolver su ambivalencia respecto a su conducta. Un metaanálisis de 14 ensayos clínicos aleatorizados ha mostrado que, comparada con el consejo breve o el cuidado habitual, la entrevista motivacional incrementa las tasas de abandono del tabaco a los 6 meses en un 30%.

A todo fumador que desee hacer un intento de dejar de fumar se le debe ofrecer tratamiento farmacológico, salvo que exista contraindicación para el mismo. Con ello se consiguen paliar los síntomas del síndrome de abstinencia, que es el principal motivo de recaída en los primeros meses tras abandonar el consumo de tabaco. Actualmente, en España, disponemos de tres fármacos de primera línea: Terapia sustitutiva con nicotina (TSN), cuyo objetivo es suministrar nicotina en descenso y suficiente para contrarrestar el síndrome de abstinencia sin llegar a crear dependencia. Esta aumenta las tasas de abandono 3 veces respecto al placebo y se calcula la dosis en función de la dependencia y del número de cigarrillos fumados.

Bupropión. Antidepresivo atípico que actúa como inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina, con un papel antagonista no competitivo del receptor de nicotina, mejorando los síntomas del síndrome de abstinencia. Su uso se ha visto limitado por el riesgo de interacciones con múltiples fármacos por su metabolismo hepático.

Vareniclina. Primer fármaco diseñado específicamente para el tratamiento del tabaquismo. En monoterapia es el tratamiento más eficaz para el abandono del tabaco. Su presentación es en comprimidos de 0,5 y 1 mg, con incremento progresivo de la dosis los primeros días para facilitar la tolerancia. La duración recomendada del tratamiento es de 12 semanas, aunque en fumadores severos puede ser mayor, existiendo evidencia de aumento de eficacia y seguridad en estudios a 6 y 12 meses.

La citisina es un alcaloide vegetal que se extrae de las semillas del *Cytisus laburnum* y cuya estructura nos recuerda a la de la nicotina, compitiendo con ella por los receptores nicotínicos ($R\alpha4\beta2$) y desplazándola. Se comporta como un agonista parcial de dichos receptores.

Desde un enfoque psicológico se ha podido observar que tanto el apoyo psicológico (asesoramiento individual o grupal puede ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias para afrontar las ansias de nicotina y los desencadenantes del consumo de tabaco), y el seguimiento y apoyo continuo para evaluar su progreso

y ajustar plan de tratamiento ha tenido muy buenos resultados para la ayuda del cese del tabaquismo.

La forma más común de abandono del tabaco es el cese brusco del consumo a partir del denominado Día “D” elegido por el propio paciente. No obstante, también existen algoritmos aceptados con un descenso gradual del consumo.

A todos los fumadores se les debe realizar un seguimiento durante el proceso de deshabituación tabáquica y posteriormente para la prevención de recaídas. El nivel asistencial en el que se realice este seguimiento, así como la intensidad del mismo, dependerá de las características del fumador.

La atención al fumador debe recaer en personal con formación para el abordaje del tabaquismo, bien sea en Atención Primaria, en la consulta general del neumólogo o en unidades especializadas, debiendo existir criterios consensuados para la derivación de unos niveles a otros.

2 Objetivos

Exponer los efectos que produce el tabaquismo sobre la salud y sus principales estrategias de tratamiento actuales farmacológicas y no farmacológicas.

3 Caso clínico

Varón 42 años, sedentario, sin alergias a medicamentosas conocidas, fumador desde los 18 años, con un consumo actual de tabaco de 1 paquete al día (20 cigarrillos) acude a la consulta del centro de atención primaria con el objetivo de dejar de fumar (a pesar de haberlo intentado en varias ocasiones anteriores sin éxito), ya que se siente preocupado por su salud y por el ejemplo que está dando a sus hijos, quienes le han expresado su deseo de que deje de fumar. A su llegada explica que presenta tos matinal muy frecuente y ha notado un sabor desagradable en la boca y mal aliento, aumento de la frecuencia cardiaca ocasionalmente, pero no presenta síntomas de dolor en el pecho ni dificultad respiratoria. A la exploración física destacan constantes vitales de tensión arterial de 130/85 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto y temperatura de 36,6 °C. En la auscultación pulmonar, se observan roncus y sibilancias en bases pulmonares, y en la exploración oral se pueden observar manchas de nicotina en los dientes y encías enrojecidas.

Para abordar este paciente, en primer lugar, dialogamos con él para averiguar en qué fase de abandono se encuentra. Refería que estaba completamente preparado para realizar el cambio, pero que no sabía por dónde comenzar el proceso, ya que

las veces anteriores que lo intentó sin ayuda fracasó. Como conclusión valoramos que se encontraba en la fase de preparación.

Posteriormente, continuamos con la entrevista motivacional, donde ofrecimos apoyo y diferentes estrategias a nuestro paciente para complementar, dejar de fumar y activar otras actitudes y expectativas de cambio, disminuyendo el estrés que esto puede suponer.

Informamos al paciente que comenzamos el tratamiento con Todacitan (citisina), uno de los fármacos más recientes efectivo para la deshabituación tabáquica y alivio de los síntomas de abstinencia. Este fármaco requiere una serie de condiciones para ser financiado, nuestro paciente cumplía varios de esos requisitos que son: motivación para dejar de fumar (lo había intentado en más de una ocasión), fumaba más de 10 cigarrillos al día y tenía un alto nivel de dependencia, (Fagerström 8).

El tratamiento tiene una duración de 25 días, por lo que se le informó de las condiciones, así como la obligación de dejar de fumar antes del 5º día de tratamiento y la forma de administrarlo: del 1º día al 3º día se debía de administrar 1 comprimido cada 2 horas siendo la dosis máxima 6 comprimidos. Del día 4 al 12, 1 comprimido cada 2,5 horas, siendo máximo de 5 comprimidos. Del día 13 al 16, 1 comprimido cada 3 horas, siendo un máximo de 4 comprimidos. Del día 17 al 20, 1 comprimido cada 5 días, con un máximo de 3 comprimidos y del día 21 al 25, de 1 a 2 comprimidos, siendo el máximo 2 comprimidos.

Por otro lado, se le informó de las reacciones adversas más frecuentes que podían aparecer durante dicho tratamiento, como son: boca seca, náuseas, diarrea, alteración del gusto, ardor de estómago, estreñimiento, aumento de peso, mareos, cefaleas, irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, fatiga, mialgia, taquicardia e hipertensión y erupción cutánea, insistiendo en que debería de volver a acudir a consulta si aparece alguno de dichos síntomas.

Otra recomendación vital a la que le dimos mucha importancia en consulta fue la de tener un buen apoyo psicológico, ya sea asesoramiento individual o grupal, ya que podía ayudarle a desarrollar estrategias para afrontar las ansias de nicotina y los desencadenantes del consumo de tabaco, y el seguimiento y apoyo continuo para evaluar su progreso y ajustar plan de tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

El tabaquismo es una adicción que tiene graves consecuencias para la salud de los fumadores y es un problema de salud pública a nivel mundial. Algunos de los efectos provocados por el tabaco son ampliamente conocidos y pueden afec-

tar a las enfermedades cardiovasculares, en las enfermedades respiratorias y en las enfermedades bucales. Las mujeres embarazadas presentan mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y otras complicaciones. Otro dato a destacar es que presentan carcinógenos que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer, así como el de pulmón, boca, garganta, esófago, vejiga y otros órganos.

En resumen, el abordaje terapéutico desde la atención primaria para el tabaquismo debe incluir tanto la consejería y el apoyo psicológico como la consideración de tratamientos farmacológicos. La combinación de estas intervenciones puede aumentar significativamente las posibilidades de éxito en la cesación tabáquica y reducir los riesgos para la salud asociados al tabaco. Los profesionales de la salud deben evaluar individualmente a cada paciente y adaptar el tratamiento a sus necesidades específicas.

5 Bibliografía

Wang MP, Ho SY, Leung LT, Lam TH. Electronic cigarette use and respiratory symptoms in chinese adolescents in Hong Kong. *JAMA Pediatr.* 2016;170(1):89-91.

Martin E, Clapp PW, Rebuli ME, Pawlak EA, Glista-Baker E, Benowitz NL, et al. E-cigarette use results in suppression of immune and inflammatory-response genes in nasal epithelial cells similar to cigarette smoke. *Am J Physiol Lung Cell and Mol Physiol.* 2016;311(1):L135-44.

Benowitz NL, Fraiman JB. Cardiovascular effects of electronic cigarettes. *Nature Rev Cardiol.* 2017;14(8):447-56.

Behar RZ, Wang Y, Talbot P. Comparing the cytotoxicity of electronic cigarette fluids, aerosols and solvents. *Tob Control.* 2018;27:325-33.

Cameron JM, Howell DN, White JR, Andrenyak DM, Layton ME, Roll JM. Variable and potentially fatal amounts of nicotine in e-cigarette nicotine solutions. *Tob Control.* 2014;23:77-8

Mayor S. E-cigarettes may be reversing fall in teenage smoking, study finds. *BMJ* . 2016;354:i3838

E. Hansen, L. Andersen, F. Von Eyben. Cigarette smoking and age at first acute myocardial infarction, and influence of gender and extent of smoking. *Am J Cardiol*, 71 (1993), pp. 1439-1442

R. Shinton, G. Beevers. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ*, 298 (1989), pp. 789-794.

L.L. Håheim, I. Holme, I. Hjermann. Col. Smoking habits and risk of fatal stroke:

18 years follow up of the Oslo Study. *J Epidemiol Community Health*, 50 (1996), pp. 621-624.

R. Bonita. Cigarette smoking, hypertension and the risk of subarachnoid hemorrhage: a population-based case-control study. *Stroke*, 17 (1986), pp. 831-835.

G.A. Colditz, R. Bonita, M.J. Stampfer. Col. Cigarette smoking and risk of stroke in middle-aged women. *N Engl J Med*, 318 (1988), pp. 937-941.

CDC Tobacco Free. Health effects [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/index.htm

Muñoz JLD-M. ¿Cómo funciona la citisina y cuáles son sus efectos secundarios en el tratamiento del tabaquismo? [Internet]. Live-Med. 2022 [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.livemed.in/es/blog/como-funciona-la-citisina-y-cuales-son-sus-efectos-secundarios-en-el-tratamiento-del-tabaquismo/>

Capítulo 129

EL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA EN EL DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS Y LOS DISTINTOS TIPOS DE CURAS

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

SARA POZO SANTIAGO

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

1 Introducción

La curación adecuada de heridas es un aspecto esencial en la atención médica, ya que influye directamente en la recuperación de los pacientes y en la prevención de complicaciones.

El desbridamiento de heridas, un procedimiento que implica la eliminación de tejido necrótico y contaminantes, desempeña un papel crucial en la promoción de la cicatrización y en la restauración de la integridad de la piel. En este contexto, las enfermeras ocupan una posición central, ya que su experiencia y cuidado son fundamentales para llevar a cabo un desbridamiento efectivo y brindar un cuidado continuo.

En este trabajo, exploraremos en detalle el trabajo de la enfermería en el desbridamiento de heridas.

Desde la evaluación de la herida hasta la ejecución del procedimiento y el seguimiento posterior, las enfermeras desempeñan un papel multifacético en el proceso de curación. A través de su pericia técnica y su enfoque en el bienestar del paciente, las enfermeras aseguran que el desbridamiento se realice de manera segura, eficiente y con la atención necesaria al confort del paciente.

Esta introducción nos invita a adentrarnos en el mundo de la enfermería relacionado con el desbridamiento de heridas, donde la combinación de habilidades técnicas y sensibilidad humana se unen para promover la salud y la recuperación de los pacientes en su viaje hacia la cicatrización y la recuperación.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen desde la enfermería en el desbridamiento de heridas.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería en el desbridamiento de heridas.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Web of Science. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (debridement OR “wound debridement”) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

El desbridamiento de heridas es un proceso esencial en la atención de pacientes con lesiones cutáneas, ya que implica la eliminación de tejido necrótico, contaminantes y otros materiales no viables de una herida. Este procedimiento promueve la cicatrización adecuada y reduce el riesgo de infección.

En este contexto, el papel de las enfermeras es crucial, puesto que desempeñan un papel clave en la ejecución del desbridamiento y en la posterior atención y seguimiento de la herida.

Aquí se describen las labores que lleva a cabo la enfermería en el desbridamiento de heridas:

- **Evaluación Inicial:**

Las enfermeras evalúan la herida en detalle para determinar el tipo de tejido presente (necrótico, granulación, fibrina, etc.), la profundidad de la lesión y cualquier signo de infección. Esta evaluación guía la decisión sobre el método de desbridamiento más adecuado.

- **Selección del Método de Desbridamiento:**

Existen diferentes métodos de desbridamiento, como el autolítico, el mecánico, el quirúrgico y el enzimático. Las enfermeras seleccionan el método más apropiado según las características de la herida y las condiciones del paciente.

- **Ejecución del Desbridamiento:**

Las enfermeras realizan el proceso de desbridamiento de manera cuidadosa y profesional. Pueden utilizar técnicas como la irrigación con soluciones salinas, el uso de apósitos especiales, la aplicación de enzimas o la eliminación mecánica de tejido no viable.

- **Manejo del Dolor y la Ansiedad:**

El desbridamiento puede causar molestias al paciente. Las enfermeras administran analgésicos o utilizan técnicas de distracción para minimizar el dolor y la ansiedad durante el procedimiento.

- **Control de la Infección:**

Las enfermeras garantizan que el desbridamiento se realice en condiciones estériles para prevenir la introducción de infecciones en la herida. Utilizan equipo de protección personal y siguen protocolos de control de infecciones.

- **Monitorización y Evaluación:**

Después del desbridamiento, las enfermeras monitorean la herida para detectar signos de infección, sangrado excesivo o cualquier otra complicación. Evalúan la respuesta de la herida al procedimiento y ajustan el plan de cuidados según sea necesario.

- **Educación al Paciente:**

Las enfermeras educan al paciente sobre la importancia del desbridamiento en el proceso de cicatrización, así como sobre los cuidados necesarios después del procedimiento para mantener la herida limpia y prevenir infecciones.

- **Documentación Precisa:**

La documentación detallada es esencial en la enfermería. Las enfermeras regis-

tran de manera precisa los detalles del desbridamiento, los resultados y cualquier cambio en la herida.

- Coordinación del Cuidado:

Las enfermeras colaboran con otros miembros del equipo de atención médica, como médicos y especialistas en heridas, para garantizar una atención integral y coherente.

5 Discusión-Conclusión

Podemos observar en los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, el desbridamiento de heridas representa un paso crucial en el proceso de curación y rehabilitación de pacientes con lesiones cutáneas, destacando el papel fundamental que desempeñan las enfermeras en cada aspecto de este proceso, desde la evaluación inicial hasta la ejecución del desbridamiento y el seguimiento posterior. Su experiencia técnica, atención meticulosa y enfoque compasivo son esenciales para garantizar resultados exitosos en la cicatrización de heridas.

La labor de enfermería en el desbridamiento de heridas abarca una variedad de tareas, como la selección del método de desbridamiento adecuado, el manejo del dolor del paciente, la monitorización constante y la educación al paciente sobre los cuidados posteriores. Las enfermeras también desempeñan un papel en la colaboración con otros profesionales de la salud, asegurando una atención integral y coordinada para el paciente.

Es importante reconocer que el desbridamiento de heridas no solo se trata de eliminar tejido no viable, sino también de empoderar al paciente en su proceso de curación. Las enfermeras proporcionan educación y apoyo emocional, ayudando a los pacientes a comprender la importancia del desbridamiento y los cuidados necesarios para facilitar una recuperación exitosa.

6 Bibliografía

1. Schultz GS, Barillo DJ, Mozingo DW, Chin GA, Wound Bed Advisory Board Members. Wound bed preparation and a brief history of TIME. *Int Wound J* [Internet]. 2004;1(1):19–32.
2. Desbridamiento [Internet]. CMUC. 2018. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/desbridamiento/>
3. Ríos YJM, Mercadillo PP, Yuil RE, Ríos M. Terapia con larvas de mosca para heridas crónicas: alternativa en una época de creciente resistencia a los antimicro-

bianos. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* [Internet]. 2013;11(2):134–41.

4. Whitaker IS, Twine C, Whitaker MJ, Welck M, Brown CS, Shandall A. Larval therapy from antiquity to the present day: mechanisms of action, clinical applications and future potential. *Postgrad Med J* [Internet]. 2007;83(980):409–13.

5. Tomra-Bou JE, Segovia Gómez T, Jiménez-García JF, Soldevilla-Agreda JJ, Blasco-García C, Rueda-López J. Desbridamiento de heridas crónicas complejas. *Sene Documentos Técnicos GNEAUPP n IX 2 ed.* Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas Logroño 2021.

6. Román Melgarejo M, García Cardenal C, Larrosa Sebastián AC, Blasco Alquézar D, Escuder Franco B, Gimeno Beltrán LM. Revisión bibliográfica de la terapia larval en heridas crónicas. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* [Internet]. 2021; XVI; no 8; 402. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/revision-bibliografica-de-la-terapia-larval-en-heridas-cronicas/>

7. Sánchez MC, Chuairé L, Narváez R, Segura NA. Biocirugía: utilización de larvas de insectos necrófagos en la curación de heridas. *La terapia larval. Rev Cienc Salud* [Internet]. 2004;2(2):156–64.

Capítulo 130

VALORACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS ANTE UNA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

SARA POZO SANTIAGO

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

1 Introducción

Las quemaduras de segundo grado representan un desafío en la atención médica debido a su impacto en la piel y en la calidad de vida de los pacientes. Estas quemaduras afectan tanto la epidermis como la capa superior de la dermis, y su tratamiento y cuidado adecuados son cruciales para promover una recuperación exitosa y minimizar las complicaciones.

En este contexto, el papel de las enfermeras se destaca como esencial en la valoración y manejo de las quemaduras de segundo grado.

Esta introducción nos invita a explorar cómo las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la atención y cuidado de las quemaduras de segundo grado.

Desde la evaluación inicial hasta el seguimiento continuo y el apoyo emocional, las enfermeras contribuyen significativamente a la recuperación de los pacientes y al mantenimiento de su bienestar. A través de una combinación de habilidades técnicas y empatía, las enfermeras aseguran que los pacientes reciban una atención integral y personalizada en cada etapa de su proceso de curación.

La labor de las enfermeras en el manejo de quemaduras de segundo grado, destacando su papel en la evaluación inicial, la administración del dolor, la prevención de infecciones, la aplicación de apósitos y vendajes, la educación al paciente y otros aspectos esenciales del cuidado. Su experiencia y compromiso desempeñan un papel fundamental en la promoción de una cicatrización efectiva y en el alivio del impacto emocional que las quemaduras pueden tener en los pacientes.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen desde la enfermería y la educación sanitaria sobre los autocuidados para pacientes con quemaduras de segundo grado.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y su relación con los cuidados en quemaduras de segundo grado.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“self care” OR “health self-care”) AND (burns OR “second degree burns”) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

La valoración del trabajo de enfermería en los cuidados ante una quemadura de segundo grado es esencial para garantizar una atención adecuada, promover la cicatrización efectiva y prevenir complicaciones.

Las quemaduras de segundo grado afectan tanto la epidermis como la capa superior de la dermis, y su manejo requiere conocimientos técnicos y habilidades de enfermería para asegurar una recuperación óptima.

A continuación, se detallan las áreas clave de valoración del trabajo de enfermería en estos casos:

- **Evaluación Inicial:**

Las enfermeras realizan una evaluación detallada de la quemadura de segundo grado para determinar su tamaño, profundidad y ubicación. Esto guía la planificación del tratamiento y la monitorización continua.

- **Limpieza y Preparación:**

Las enfermeras se encargan de limpiar cuidadosamente la quemadura, eliminando cualquier suciedad o material extraño. También pueden preparar la herida para la aplicación de apósitos o tratamientos tópicos.

- **Manejo del Dolor:**

El dolor es una preocupación importante en las quemaduras de segundo grado. Las enfermeras administran analgésicos y aplican técnicas de manejo del dolor para garantizar la comodidad del paciente.

- **Prevención de Infecciones:**

Las enfermeras mantienen la herida limpia y libre de infecciones. Pueden administrar antibióticos tópicos o sistémicos según sea necesario y garantizar la asepsia durante los cambios de apósito.

- **Aplicación de Apósitos y Vendajes:**

Las enfermeras seleccionan y aplican los apósitos adecuados para proteger la quemadura y promover la cicatrización. Pueden usar apósitos antimicrobianos o hidrocoloides, según las necesidades de la herida.

- **Educación al Paciente:**

Las enfermeras educan al paciente sobre cómo cuidar la quemadura en casa, incluida la limpieza, el cambio de apósito y la prevención de complicaciones.

- **Monitorización Continua:** Las enfermeras monitorean la evolución de la quemadura y registran cualquier cambio en el aspecto de la herida, como signos de infección o de cicatrización.

- **Coordinación del Cuidado:**

Las enfermeras colaboran con otros profesionales de la salud, como médicos y terapeutas, para asegurar una atención integral y coordinada.

- Apoyo Emocional: Las quemaduras pueden tener un impacto emocional significativo en los pacientes. Las enfermeras brindan apoyo emocional y psicológico para ayudar al paciente a sobrellevar la experiencia.

- Educación para la Prevención de Cicatrices:

Las enfermeras educan al paciente sobre cómo prevenir cicatrices anómalas y promover la cicatrización adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el trabajo de enfermería en el cuidado de quemaduras de segundo grado es una parte esencial del proceso de recuperación y rehabilitación de los pacientes afectados por estas lesiones, desempeñando un papel integral en cada etapa del manejo de estas quemaduras, contribuyendo en gran medida a la promoción de la cicatrización efectiva y al bienestar general del paciente.

Las quemaduras de segundo grado presentan desafíos únicos debido a su impacto en la piel y la posibilidad de complicaciones como infecciones y cicatrices anómalas. Las enfermeras realizan una valoración inicial minuciosa para determinar la profundidad y extensión de la quemadura, lo que guía la elección de los tratamientos y enfoques más apropiados. Su habilidad para administrar el dolor de manera efectiva, prevenir infecciones y aplicar apósitos adecuados es esencial para promover la cicatrización y minimizar riesgos.

La educación al paciente también desempeña un papel crucial en el trabajo de enfermería en el manejo de quemaduras de segundo grado. Las enfermeras empoderan a los pacientes con el conocimiento necesario para cuidar sus heridas en casa, prevenir complicaciones y promover la recuperación. Además, el apoyo emocional que brindan las enfermeras ayuda a los pacientes a sobrellevar los aspectos psicológicos de las quemaduras y a enfrentar el proceso de curación con confianza.

La coordinación del cuidado y la colaboración con otros profesionales de la salud aseguran una atención integral y eficaz. Las enfermeras juegan un papel crucial en el equipo de atención multidisciplinaria, asegurando que el paciente reciba un enfoque completo y coherente para su tratamiento.

6 Bibliografía

1. Marcos VA, Molinero RR, Expósito JG, Argilés CB, Bonet CM. Tratamiento de las quemaduras de segundo grado basado en la evidencia científica. *Ágora de enfermería* [Internet]. 2017;21(3):123–9.
2. Li B, Xu K, Liu X. Curative effect observation of applying silver-zinc bacteriostatic cream to patients with second-degree burn under targeted nursing intervention and its effect on wound healing rate. *J Healthc Eng* [Internet]. 2021;2021:7591959. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34925739/>
3. Mexicana De Anestesiología R, Mexicana R, Carla D, Barbosa-García Y, Anestesiólogo M, Especialidad A. Evaluación, abordaje y manejo inicial del paciente con quemaduras graves [Internet]. Medigraphic.com. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2009/cmas091aa.pdf>
4. Carey MG, Valcin EK, Lent D, White M. Nursing care for the initial resuscitation of burn patients. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2021;33(3):275–85.
5. Miguéns DGM, Gómez AV, Ruiz HL, Mallón SN, Martis EMD, Ramos CQ. Abordaje enfermero en quemadura química de tercer grado producida por rotura de airbag. *Enferm Dermatol* [Internet]. 2018;12(35):40–6.

Capítulo 131

LA ASISTENCIA SANITARIA POR PARTE DE LA ENFERMERA ANTE PACIENTES GERIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

SARA POZO SANTIAGO

1 Introducción

La atención a pacientes geriátricos con traumatismo craneoencefálico (TCE) presenta desafíos únicos y requiere un enfoque especializado por parte de los profesionales de la salud. Los pacientes de edad avanzada son más susceptibles a las lesiones cerebrales debido a la fragilidad de su tejido cerebral y a la posible presencia de comorbilidades. En este contexto, la enfermera desempeña un papel vital en la asistencia sanitaria integral y personalizada que se brinda a estos pacientes.

Esta introducción nos invita a explorar el crucial rol de la enfermera en la atención a pacientes geriátricos con TCE. Desde la evaluación inicial hasta la rehabilitación y el seguimiento, las enfermeras tienen un impacto significativo en

la recuperación y el bienestar de estos pacientes. A través de un enfoque compasivo y basado en la evidencia, las enfermeras garantizan que los pacientes reciban una atención de calidad y que sus necesidades médicas, emocionales y de rehabilitación sean abordadas de manera efectiva.

En esta guía, examinaremos detalladamente cómo las enfermeras se convierten en pilares de apoyo para pacientes geriátricos con TCE. Desde la monitorización de signos vitales hasta la administración del dolor, la prevención de complicaciones y el apoyo emocional, las enfermeras trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y centrada en el paciente. La atención a pacientes geriátricos con TCE no solo se trata de la recuperación física, sino también de comprender y atender las necesidades específicas de esta población vulnerable.

A través de su compromiso, habilidades técnicas y sensibilidad, las enfermeras juegan un papel vital en la promoción de una recuperación exitosa y en el bienestar general de los pacientes geriátricos con TCE. Su labor contribuye no solo a la mejoría clínica, sino también al apoyo emocional y la calidad de vida de estos pacientes y sus familias en un momento de vulnerabilidad.

2 Objetivos

Conocer el papel de enfermería en la atención a pacientes geriátricos con traumatismo craneoencefálico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La asistencia sanitaria por parte de la enfermera a pacientes geriátricos con TCE es un proceso complejo y crucial que requiere una combinación de habilidades clínicas, empatía y comprensión de las necesidades únicas de esta población

vulnerable. Los pacientes geriátricos presentan desafíos particulares en la recuperación de un traumatismo craneoencefálico debido a su fragilidad y a las posibles comorbilidades asociadas. En este contexto, la enfermera desempeña un papel fundamental en la atención integral y personalizada de estos pacientes. A continuación, se describen las labores y responsabilidades que asume la enfermera en este escenario:

- **Evaluación Inicial y Continua:** Las enfermeras realizan una evaluación detallada y continua del estado de salud del paciente geriátrico con traumatismo craneoencefálico. Esto incluye la monitorización constante de signos vitales, nivel de conciencia, pupilas y cualquier cambio en el estado neurológico.
- **Manejo del Dolor y la Ansiedad:** Las enfermeras se encargan de administrar analgésicos y otras medidas para controlar el dolor y reducir la ansiedad del paciente. Dado que los pacientes geriátricos pueden ser más sensibles a los efectos de los medicamentos, la enfermera ajusta las dosis de manera adecuada.
- **Prevención de Complicaciones:** La movilización y el reposo son elementos esenciales en el manejo de un paciente geriátrico con TCE. Las enfermeras trabajan para prevenir complicaciones como úlceras por presión y trombosis venosa profunda al cambiar de posición al paciente y promover la movilidad temprana.
- **Monitorización Neurológica:** Dado que los pacientes geriátricos pueden presentar deterioro cognitivo previo, la enfermera realiza una monitorización constante del estado neurológico y de la función cognitiva del paciente. Cualquier cambio en el nivel de conciencia se aborda de manera inmediata.
- **Nutrición y Hidratación:** Las enfermeras garantizan que el paciente reciba una nutrición adecuada y se mantenga hidratado. Pueden administrar líquidos y alimentos de manera controlada si el paciente tiene dificultades para alimentarse por sí mismo.
- **Apoyo Emocional y Comunicación:** El traumatismo craneoencefálico puede ser aterrador para el paciente y sus familiares. Las enfermeras brindan apoyo emocional, responden a las preguntas de la familia y explican el proceso de recuperación de manera comprensible.
- **Educación al Paciente y la Familia:** Las enfermeras educan al paciente geriátrico y a su familia sobre la naturaleza del traumatismo craneoencefálico, los tratamientos, los signos de empeoramiento y los cuidados posteriores.
- **Prevención de Caídas:** Los pacientes geriátricos son más propensos a sufrir caídas, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones. Las enfermeras toman medidas para prevenir caídas, como la colocación de barandillas y la señalización de peligros.
- **Coordinación del Cuidado:** La enfermera trabaja en conjunto con otros pro-

fesionales de la salud, como médicos, terapeutas y trabajadores sociales, para asegurarse de que el paciente reciba una atención completa y coordinada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la asistencia sanitaria proporcionada por las enfermeras a pacientes geriátricos con TCE es un componente esencial en la promoción de la recuperación y el bienestar de esta población vulnerable. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo las enfermeras desempeñan un papel integral en cada etapa del proceso de atención, desde la evaluación inicial hasta la rehabilitación y el seguimiento a largo plazo.

La naturaleza delicada de los pacientes geriátricos, combinada con la complejidad de un TCE, hace que el rol de la enfermera sea fundamental. Su capacidad para realizar una evaluación minuciosa, administrar cuidados personalizados y brindar apoyo emocional contribuye significativamente a la calidad de vida y la recuperación de estos pacientes. Además, su colaboración con otros profesionales de la salud garantiza un enfoque multidisciplinario que aborda las diversas necesidades médicas, emocionales y de rehabilitación.

La enfermera se convierte en un enlace crucial entre el paciente, la familia y el equipo de atención médica. A través de la educación, la comunicación efectiva y el apoyo constante, las enfermeras ayudan a los pacientes geriátricos y a sus familias a enfrentar los desafíos que presenta un TCE. Además, su enfoque en la prevención de complicaciones y en la promoción de la autonomía del paciente contribuye a una recuperación exitosa y al mantenimiento de la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Manual MSD [Internet]. Mao G; [jun 2021; citado 11 jun 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-encefalocraneano/traumatismo-encefalocraneano-tec>.
2. Mayo Clinic [Internet]; Lesión cerebral traumática [jul 2021; citado jun 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/symptoms-causes/syc-20378557>.
3. Pinheiro AI., De Almeida FM., Barbosa IV., Mesquita Melo E., Borges Studart RM., De Figueiredo Carvalho ZM. Principales causas asociadas al traumatismo craneoencefálico en ancianos. Enfermería global [Internet] 2011[citado 11 jun 2023]; (22):1-11. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/clinica4.pdf>.

4. NNN Consult [recurso electrónico]: Nanda, Noc, Nic. [Acceso 5 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>.

Capítulo 132

LA PRESIÓN ARTERIAL

BEGOÑA FERNÁNDEZ LINDE

1 Introducción

La presión o tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

En España existen más de 14 millones de personas con hipertensión, esta hipertensión es consecuencia de unos niveles inadecuados de la presión arterial. La hipertensión es una enfermedad de difícil diagnóstico, ya que sus síntomas no se presentan muy claros, sin embargo la hipertensión puede desencadenar problemas cardiovasculares graves como puede ser el infarto de miocardio, un derrame cerebral o insuficiencia cardíaca.

Uno de los principales factores que incrementa la presión o tensión arterial es el envejecimiento, ya que a medida que vamos avanzando en edad las arterias se endurecen y son menos elásticas.

La hipertensión no es solo un problema de salud en personas de avanzada edad también puede producirse por otras causas como puede ser el sedentarismo, que conlleva normalmente otros problemas asociados como la obesidad y sobrepeso o también puede desarrollarse por factor genético.

Tanto el envejecimiento como el factor genético son dos problemas que no se puede modificar para evitar la hipertensión. Sin embargo, en el caso del sedentarismo se podría evitar con una actividad física adecuada así como una alimentación adecuada. Los especialistas recomiendan tanto a los pacientes hipertensos como a pacientes que quieran prevenir problemas con la tensión mantener un modo de vida saludable.

2 Objetivos

Dar a conocer información acerca de la presión arterial.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos científicos con publicaciones de artículos donde se trataba el tema de la tensión arterial. Las bases de datos consultadas han sido Scielo, Pubmed, Medline y Cochrane además de consultas en diversas revistas y páginas web.

4 Resultados

Para tratar la hipertensión arterial debemos tener en cuenta fundamentalmente dos cosas por un lado la mejora en los hábitos de vida y por otro lado los tratamientos farmacológicos. El paciente debe evitar el sedentarismo así como una alimentación saludable, para ello, debería aumentar la práctica de ejercicio físico así como una dieta equilibrada y saludable evitando el consumo de azúcares, calorías y grasas. Con estas dos prácticas obtendría mejorar su peso y si el peso está controlado sería una manera de poder controlar la hipertensión. Es muy importante también evitar el consumo de tabaco y el alcohol.

En caso de cambiar los hábitos de vida, la hipertensión no mejora existen tratamientos farmacológicos los cuales son muy útiles para controlar la tensión arterial.

Los tratamientos comienzan con un sólo fármaco pero si este no fuera suficiente se puede combinar con otros para controlar la presión o tensión arterial.

Los fármacos para la hipertensión arterial se dividen en los siguientes grupos: diuréticos como puede ser tiazinas o Clortalidona, Betabloqueantes, antagonistas del calcio, Inhibidores de la enzima convertida de angiotensina, y también Antagonistas de los receptores de la angiotensina II.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, por ello es fundamental que el paciente sea constante tanto en los hábitos de vida saludables así como en el caso que necesite de tratamientos farmacológicos.

El 90% de los pacientes con hipertensión no llevan las recomendaciones del facultativo a cabo, ya que es una patología que se padece durante muchos años y

el paciente tiende a relajarse a las indicaciones que le facilita el profesional sanitario.

La hipertensión arterial puede tener una serie de consecuencias en la salud del paciente muy graves, una de las complicaciones más importantes son problemas cardiovasculares graves como puede ser sufrir un infarto de miocardio, ictus, deterioro de la función renal o la mala circulación en las piernas.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión constante alta, que puede dañarlos. Una característica de la hipertensión arterial es que no presenta unos síntomas claros y dicha enfermedad puede tardar en manifestarse y por lo tanto en poder tratarla.

Las arterias son las primeras en sufrir la hipertensión, ya que estas se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y dificulta el paso de la sangre por ellas.

No tenemos una causa específica que provoca la hipertensión arterial pero sí existe una serie de factores que influyen en ella. Por un lado está la herencia genética, el sexo, la edad que no podemos modificar pero por el contrario aquellas que sí podemos modificar como el sedentarismo, la obesidad, el consumo de alcohol, etc.

6 Bibliografía

.Bases de datos de Scielo, Pubmed, Medline y Cochrane.
.cuidateplus.marca.com
.https://revistamedica.com

Capítulo 133

LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER ES UNA DE LAS DEMENCIAS MÁS COMUNES EN LAS PERSONAS MAYORES

BEGOÑA FERNÁNDEZ LINDE

1 Introducción

El Alzheimer es un tipo de demencia la cual tiene numerosos problemas en la salud como puede ser la memoria, el pensamiento y el comportamiento de la persona.

La enfermedad del Alzheimer generalmente se desarrolla lentamente y con el transcurso del tiempo empeora la persona afectada por dicha enfermedad, teniendo graves consecuencias para poder seguir con sus tareas cotidianas.

El Alzheimer es la demencia más común, entre un 60 y 80 por ciento se desarrolla con pérdida gradual de la memoria, el pensamiento, el comportamiento y de otras habilidades sociales que interfieren con la vida cotidiana.

La enfermedad de Alzheimer la padecen sobre todo personas mayores de 65 años aunque menores de 65 años tiene un inicio precoz de dicha enfermedad.

El Alzheimer es una enfermedad que empeora con el tiempo, es una enfermedad progresiva en la cual los síntomas que padece la persona van empeorando a medida que pasan los años. En la etapa inicial de la enfermedad el afectado manifiesta una pérdida de memoria leve pero con el paso de los años la persona que la padece pierde la capacidad de mantener una conversación y su memoria se ve anulada.

La enfermedad del Alzheimer no tiene cura pero sí disponemos de tratamientos que reduce el deterioro cognitivo y funcional, los cuales retrasan el empeoramiento de los síntomas de la demencia y mejorar la calidad de vida de la persona afectada.

2 Objetivos

Dar a conocer la enfermedad del Alzheimer.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos científicos con publicaciones de artículos donde se trataban el tema del Alzheimer. Las bases de datos consultadas han sido Scielo, Pubmed, Medline y Cochrane además de consultas en diversas revistas y páginas web.

4 Resultados

El Alzheimer es la demencia más común que suele padecer una persona, suele desarrollarse en personas mayores aunque en algunos casos suele aparecer en personas más jóvenes.

La enfermedad del Alzheimer se desarrolla con una pérdida gradual de la memoria, el pensamiento, el comportamiento y las habilidades sociales.

Los primeros síntomas de la enfermedad son olvidos de las cosas del día a día así como conversaciones recientes. Con el paso del tiempo la enfermedad avanza hasta convertirse en un problema muy grave para la persona que la padece, ya que desarrolla una pérdida de memoria total y con ello la capacidad para poder seguir con su vida cotidiana y necesita ayuda para cualquier actividad como puede ser el vestirse.

Existen medicamentos que ayudan a mejorar los síntomas y retardar el desarrollo de la enfermedad pero a día de hoy no existe un tratamiento que cure el Alzheimer.

Cuando una persona sufre de Alzheimer es muy importante es muy importante dentro del tratamiento de la misma adaptar las necesidades de dicha persona. Debemos establecer unos hábitos de rutina e intentar reducir las tareas en las que la persona deba usar la memoria.

Para ello sería de mucha ayuda que la persona que la padece no tenga la sensación de sentirse incapaz de seguir con su vida cotidiana.

En la etapa inicial de la enfermedad la persona puede seguir con su vida pero a medida que va avanzando necesita de ayuda de otra persona.

Podemos ayudar a una persona que sufre de Alzheimer a no tener la sensación de "no servir para nada" solamente con cosas tan sencillas como mantener las llaves, el teléfono móvil u otros objetos en el mismo lugar de la casa.

Debemos motivarlo a caminar y hacer ejercicio, ya que con el paso del tiempo dicha enfermedad le va afectando también en el movimiento. Debemos mantener un ambiente tranquilo y estable en el hogar, evitando situaciones nuevas, evitar el ruido y nunca presionar al enfermo para que intente recordar alguna vivencia.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas de la enfermedad del Alzheimer generalmente se desarrollan lentamente y con el paso del tiempo la persona que lo padece empeoran hasta tal punto que interfiere gravemente en las tareas cotidianas.

Los primeros signos o síntomas que aparecen en persona que desarrollan el Alzheimer suele ser dificultad para recordar cosa que sucedieron hace poco tiempo, olvidarse cosas así como problemas para realizar las tareas diarias de la casa.

Una persona que padece Alzheimer necesita de nuestra ayuda no tanto en el inicio de la enfermedad que serán olvidos y puede seguir con su vida pero cuando la enfermedad se desarrolla a lo largo de los años se vuelve una persona que depende de otra en todas sus actividades.

6 Bibliografía

.Bases de datos de Scielo, Pubmed, Medline y Cochrane.

.www.alz.org>alzheimer.demencia

.www.mayoclinic.org

.cuidateplus.marca.com

Capítulo 134

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

ANA MARÍA REOLID EGIDO

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

El equipo de protección individual, es más conocidos como EPI, despuntaron ante el COVID-19 que vivimos en el año 2020 generando una pandemia mundial. Los EPI son el conjunto de prendas y de objetos necesarios que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y todo el personal sanitario, ha de llevar para estar protegido ante ciertos riesgos laborales.

La finalidad de los equipos de protección individual, son garantizar una alta protección ante cualquier posible peligro de contagio o contaminación. Por ello debemos saber, como colocarlo y quitarlo de la manera correcta garantizando la protección del sanitario.

Los equipos de protección individual han de almacenarse en espacios exclusivos para ellos, evitando así la contaminación de los mismos.

Por ello, es necesario conocer, el orden secuencial de la puesta y de la retirada, siendo fundamental una secuencia definida y detallada para seguir un único pro-

protocolo. Es de suma importancia colocarlo de una manera correcta antes de iniciar la exposición y retirarlo cuando se está fuera de esa zona de la zona de exposición. Mencionamos algunos equipos de protección individual habitualmente más usados como estos: Calzas, gorro, mascarillas, bata, pantalla o gafas, guantes.

Clasificamos los equipos de protección individual en 3 grupos:

- . Categoría I; son los destinados para la protección de los riesgos generales o leves.

- . Categoría II; estos son de nivel intermedio, se utilizan para riesgos específicos de carácter moderado.

- . Categoría III; estos engloban la protección de riesgos más graves, incluso pudiendo llegar a daños irreversibles.

2 Objetivos

Exponer la importancia del los EPI.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo de investigación se han llevado a cabo consultas en diversas bases de datos y bibliografía específica sobre el tema tratante, siendo la principal Google. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas Siendo las principales palabras de búsqueda: Equipos de protección individual, equipos de protección individual para auxiliar de enfermería, protocolo de actuación, retirada de equipos de protección individual, clasificación peligrosidad.

4 Resultados

Los equipos de protección individual son de gran importancia para la prevención de transmisión de enfermedades. Para hacer un uso correcto de éste el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá seguir unos pasos protocolarios para colocarse los equipos de protección individual, que irán en este mismo orden:

1. Lavado de manos.
2. Colocación de las calzas: el calzado debe quedar totalmente protegido cubierto.
3. Colocación del gorro: el pelo debe quedar completamente cubierto, sin dejar nada al aire, si se tratara de pelo largo debemos recogerlo previamente.

4. Colocación de mascarilla: debemos asegurarnos de que queda bien fijada a la cara para evitar posibles contagios.
5. Colocación de las gafas o pantallas de protección.
6. Colocación de la bata: debe cubrir el cuerpo de hombros a rodilla y quedar correctamente atada.
7. Colocar los guantes: estos han de ser de la talla adecuada, para evitar que se puedan salir y/o romper. Y se colocaran por encima del puño de la bata.
8. En este momento sería seguro entrar para atender a los pacientes.

Una vez finalice la atención sanitaria, procederemos a la retira de los equipos de protección individual, para evitar contagios y contaminación propia o la de otras personas de una manera innecesaria.

1. En primer lugar, eliminaremos los materiales que han sido anteriormente contaminados.
2. Después, procederemos a la retirada de la bata y de los guantes ambos de manera conjunta. Lo haremos quitándonos la bata de atrás hacia delante, llegando al puño es ahí, cuando quitamos los guantes.
3. Seguidamente procederemos a la higiene de manos con jabón, o con solución hidroalcohólica.
4. Una vez acabado el lavado de manos, y con estas desinfectadas, procederemos a la retirada de los equipos de protección oculares y respiratorios, como las mascarillas, gafas, pantallas, gorros, también se procederá al retirado de las calzas.
5. Una vez realizados todos estos pasos, realizaremos de nuevo una correcta higiene de manos.

Conforme fuéramos retirando los equipos de protección individual, estos, se depositan en contenedores desechable adecuados para ese fin y procederán a ser tratados como residuos sanitarios tipo III.

En el caso de los equipos de protección individual reutilizables, estos se depositarán en bolsas o contenedores adecuados para tal fin. Estos se descontaminarán de manera que se garantice su efectividad e integridad.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos comprobado y vivido por ejemplo con del COVID-19 que afecto al mundo entero con su gran expansión de contagios, el Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería al igual que todo el personal que trabaja en el sector sanitario, debe extremar las precauciones para evitar la propagación y diseminación de virus entre otras patologías más, evitando así los colapsos de los servicios sanitarios como las urgencias o centros de salud. Por ello han de dotarse de los equipos de protección individual (EPI), acompañados de conocimientos de formación y reciclaje, para saber el protocolo a seguir en las distintas situaciones que se pueden vivir.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/precauciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-colocacion-equipos-proteccion-individual-coronavirus/>
https://www.google.com/search?q=QUE+ES+U+EPI&rlz=1C1CHBF_esES822ES822&oq=QUE+ES+U+EPI&aqs=chrome..69i57j0i10i512l9.13424459424j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
<https://www.prolaboral.com/es/blog/uniformes-enfermeria-y-equipos-proteccion.html>
https://aebp-es.org/images/site/covid/DOCUMENTO_2.pdf
<https://www.coronapedia.org/base-conocimiento/colocacion-y-retirada-de-los-equipos-de-proteccion-individual-epi-frente-a-covid-19/>

Capítulo 135

LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

M^a ADELA GARCIA MENENDEZ

1 Introducción

La limpieza, desinfección y esterilización son procesos fundamentales en diversos ámbitos de nuestra vida diaria, desde el hogar hasta los entornos médicos y de la industria. Estas prácticas son esenciales para mantener un ambiente seguro, saludable y libre de gérmenes dañinos que puedan propagar enfermedades o contaminar productos.

La limpieza es el primer paso en este proceso, y se refiere a la remoción de la suciedad, polvo y desechos visibles de las superficies. Esta acción, aunque básica, es esencial para prevenir la acumulación de microorganismos y la formación de potenciales focos de contaminación. Además, la limpieza contribuye a mantener un aspecto agradable y ordenado en nuestros espacios, mejorando nuestra calidad de vida y bienestar general.

La desinfección, por otro lado, va un paso más allá. Implica la eliminación de la mayoría de los microorganismos presentes en una superficie, utilizando agentes químicos o físicos específicos. La desinfección es particularmente relevante en entornos donde existe un mayor riesgo de infecciones, como hospitales, clínicas, cocinas y baños públicos. Al reducir la cantidad de gérmenes presentes, se minimiza la posibilidad de contagios y brotes de enfermedades.

En contraste, la esterilización es el proceso más completo y riguroso. Se aplica en situaciones donde es imperativo eliminar todos los microorganismos presentes en un objeto o entorno. Los métodos de esterilización son ampliamente utilizados

en la industria farmacéutica, alimentaria y en procedimientos médicos invasivos, como cirugías y la preparación de instrumentos quirúrgicos.

2 Objetivos

- Conocer la diferencia entre los distintos conceptos: Limpieza, desinfección y esterilización
- Relacionar estos conceptos entre sí
- Poner en valor la importancia, a nivel sanitario de estos conceptos

3 Metodología

- Repasar publicaciones médicas sobre limpieza, desinfección y esterilización
 - Mirar distintas páginas de internet en las que se relacionan conceptos.
 - Comparar distintas publicaciones y páginas de internet en el que interrelacionan conceptos, tanto a nivel médico como otros.
- Palabras clave: Microorganismo, suciedad, contaminación

4 Resultados

La limpieza es el proceso básico de eliminar la suciedad, los desechos y los contaminantes visibles de una superficie o un objeto. Aunque la limpieza no elimina no obstante todos los microorganismos, es un paso esencial antes de realizar otros procedimientos de desinfección o esterilización

Limpieza: La limpieza es el primer paso esencial en el proceso de higienización. Consiste en la remoción de suciedad, polvo, residuos y otros materiales no deseados de las superficies. La limpieza se puede realizar mediante métodos mecánicos (como barrer, aspirar o lavar) o químicos (usando detergentes y solventes). La limpieza adecuada ayuda a eliminar la carga microbiana superficial y prepara el área para procesos posteriores de desinfección y esterilización.

Desinfección: La desinfección es el proceso destinado a reducir o eliminar los microorganismos patógenos presentes en objetos, superficies o agua. Aunque la desinfección no garantiza la eliminación de todas las formas de vida microbiana, su objetivo es reducir significativamente el número de microorganismos a niveles seguros para la salud pública. Existen diferentes métodos de desinfección, como el uso de agentes químicos (cloro, alcoholes, peróxido de hidrógeno, entre otros), calor, radiación ultravioleta y filtración, entre otros.

Esterilización: La esterilización es el método más completo para eliminar todas las formas de vida microbiana, incluyendo esporas bacterianas y virus. Este proceso es esencial en entornos médicos, especialmente en cirugías y procedimientos invasivos, así como en la producción de productos farmacéuticos y alimentos estériles. Los métodos de esterilización más comunes incluyen el calor húmedo (autoclave), calor seco, óxido de etileno, radiación ionizante y filtración de aire en ambientes controlados.

Importancia de la Limpieza, Desinfección y Esterilización: Estos métodos son cruciales para prevenir la propagación de infecciones y enfermedades. En entornos médicos, la falta de limpieza, desinfección y esterilización adecuadas puede dar lugar a infecciones nosocomiales, que afectan a pacientes vulnerables. En la industria alimentaria, la higiene es esencial para prevenir brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. Además, en laboratorios y centros de investigación, la limpieza y esterilización adecuadas son fundamentales para mantener resultados confiables y evitar contaminaciones cruzadas.

Consideraciones y Precauciones: Es importante seleccionar el método de limpieza, desinfección y esterilización adecuado según el tipo de material y los microorganismos involucrados. Algunos objetos o superficies pueden ser sensibles a ciertos agentes químicos o altas temperaturas, lo que podría dañarlos. También es crucial seguir las instrucciones del fabricante y las normativas establecidas para garantizar la eficacia y seguridad de estos procesos.

Además, se deben considerar los tiempos de contacto, concentraciones, temperaturas y condiciones ambientales adecuadas para cada método. En entornos médicos, los equipos y dispositivos médicos reutilizables deben someterse a un riguroso proceso de limpieza y esterilización para evitar la transmisión de infecciones entre pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La desinfección, esterilización y limpieza son procesos esenciales para mantener un entorno seguro y libre de microorganismos dañinos. Cada uno de estos procedimientos tiene un propósito específico y contribuye a prevenir la propagación de enfermedades y mantener la salud pública.

Además, la limpieza es el proceso básico de eliminación de suciedad, polvo y restos de materia orgánica de superficies. Aunque la limpieza en sí no elimina todos los microorganismos patógenos, es un paso importante para reducir su carga y facilitar la eficacia de la desinfección o esterilización posterior.

Es fundamental comprender que estos procesos no son intercambiables y se com-

plementan entre sí para garantizar la máxima eficacia. La desinfección y la esterilización deben llevarse a cabo en entornos adecuados y utilizar los productos y métodos apropiados para cada situación.

En resumen, la desinfección, esterilización y limpieza son componentes esenciales de la prevención de infecciones y la promoción de la salud pública. Al seguir los protocolos adecuados y utilizar técnicas y productos apropiados, podemos mantener entornos más seguros y reducir el riesgo de propagación de enfermedades.

6 Bibliografía

REFERENCIAS http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_farmacia/catedraMicro/08_Tema_14_Limpieza__desinfecci%C3%B3n.pdf
<https://papelmatic.com/cual-es-la-diferencia-entre-limpieza-desinfeccion-y-esterilizacion/>
https://www.theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch12_PRESS.pdf

Capítulo 136

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ALMUDENA GARCÍA RAMÍREZ

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), son las unidades hospitalarias que se encargan de tratar a los pacientes pediátricos. Estos pacientes se encuentran en un estado crítico (con alteraciones en las funciones de algún sistema del cuerpo), corren peligro sus vidas, por lo que necesitan unos cuidados continuos y muy especializados. No hay que olvidar que estos pacientes son niños y pueden agobiarse y tener miedo, por ello, los sanitarios deben tener especial cuidado y disminuir la estancia en la UCIP siempre que sea posible. Al igual que en otras muchas áreas sanitarias, la UCIP ha ido evolucionando. Se le ha dado especial importancia para investigar nuevas técnicas y tratamientos, ya que se considera un servicio muy necesario.

Los sanitarios que trabajan en la UCIP deben ser competentes, estar especializados en esta unidad y deben recibir información de forma continuada, tanto en el ámbito sanitario, en el ámbito tecnológico y en el de investigación. En esta unidad el trabajo en equipo es primordial, hay una alta carga de trabajo, pocos recursos y diversas patologías en las que cada una se trata de manera distinta. El principal objetivo del equipo sanitario es ofrecer cuidados de calidad al paciente pediátrico y a su familia.

2 Objetivos

Mostrar la importancia del trabajo que realiza el TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y explicar sus diversas funciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con ello, se va a proporcionar información con aspectos relevantes sobre el papel del TCAE en la UCI Pediátrica.

4 Resultados

Actualmente, se ha implantado en la Unidad de Cuidados Intensivos, un TCAE por cada cuatro pacientes pediátricos. Entre ellas, se encuentra el acondicionamiento de los BOX (espacios asistenciales) para los ingresos en UCIP que son enviados desde las urgencias, las plantas o el quirófano del hospital.

Cuando ingresa un paciente en la UCIP lo recibe el equipo sanitario, que le debe mostrar confianza y seguridad. El TCAE prepara todo el material que vayan a necesitar para asistirlo y monitorizarlo, junto al médico y el enfermero/a.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TCAE en la UCIP

La seguridad del paciente:

- Se encarga de comprobar que todos los datos del paciente sean correctos y correspondan con él.
- Revisan las medidas de aislamiento que tienen que cumplir en cada caso, dependiendo de la enfermedad.
- Verifican las barreras de protección que tiene el paciente.

- Revisan que las medidas de los tubos endotraqueales, necesarios para las intubaciones, sean las adecuadas para el paciente.

- Revisan los sistemas y sondas de aspiración que necesita cada paciente y el nivel de aspiración de los drenajes.

Los aparatos:

- Deben tener conocimiento sobre ellos y saber identificarlos.

- Se encargan de montarlos y comprobar que funcionen correctamente.

- Les realizan una adecuada limpieza y desinfección y los llevan de vuelta al almacén tras finalizar su uso.

La higiene:

- Es una función exclusiva del TCAE.

- Suelen realizar el baño al paciente todos los días y a la misma hora (a unos 37 grados de temperatura y con jabón neutro).

- Tras el baño, les hidratan la piel y valoran las zonas que más riesgo tienen de padecer úlceras por presión.

La nutrición:

- El TCAE tiene conocimientos sobre las dietas dependiendo de la patología, para así servirle la adecuada.

5 Discusión-Conclusión

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos es un servicio del hospital imprescindible para la recuperación de los niños con enfermedades agresivas, que ponen en peligro sus vidas. Por ello, debe invertirse más en investigación, en material y en aparatos, para mejorar la supervivencia de los pacientes pediátricos. En esta Unidad se trabaja en equipo, son sanitarios especializados en este servicio y todos deben recibir formación continuada sobre las distintas técnicas o novedades.

Las tareas que realiza el TCAE en la UCIP se centran en la seguridad del paciente, la higiene, la dieta y el control de los monitores y aparatos tecnológicos.

6 Bibliografía

1. García, M. Redón. "El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la UCI-Pediátrica." Revista Española de 73.Supl 1 (2017): 102-104.

Capítulo 137

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

La Unidad de Neonatología es una zona hospitalaria en la que se proporcionan una atención y unos cuidados adecuados al recién nacido. Las primeras horas de vida, son las más importantes para la determinación de enfermedades o complicaciones que puedan surgir, ya que se producen muchos cambios al salir del vientre materno.

En esta unidad participa un equipo multidisciplinar, que está formado por los pediatras especialistas (también llamados neonatólogos), el equipo de Enfermería (aquí se encuentra incluido el TCAE) y en algunos casos, en los que la situación sea más complicada, participarán además otros médicos especialistas.

Es importante que el personal sanitario realice una anamnesis perinatal, es decir, observar los antecedentes familiares, fisiológicos o patológicos del recién nacido. Entre las tareas imprescindibles que se deben desarrollar en la Unidad de Neonatología, encontramos el control de los signos vitales del bebé (que tenga un ritmo cardíaco adecuado, una respiración correcta, que funcionen los órganos vitales...). De eso será encargado el enfermero/a y el TCAE, entre otras de sus funciones en este servicio.

La neonatología se desarrolla en el hospital, desde que nace el bebé. Unos días después, cuando se le da de alta al bebé, su revisión continuada pasa a formar parte de la Unidad de Pediatría.

2 Objetivos

Observar la importancia de las funciones que realiza el TCAE en los cuidados al recién nacido, que pueden ser entre otras, el cuidado e higiene al recién nacido y la educación a los padres para que le puedan proporcionar buenos cuidados a su bebé.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con ello, se va a proporcionar información con aspectos relevantes sobre los cuidados del TCAE al recién nacido.

4 Resultados

Entre las funciones del TCAE en la Unidad de Neonatología, se encuentran:

- Aportar unos cuidados básicos y adecuados al recién nacido.
- Realizar una correcta higiene al recién nacido.
- Efectuar un aseo corporal por partes o un baño por inmersión. Eligiendo el material adecuado para este.
- Proporcionar unos cuidados específicos del cordón umbilical (eligiendo también el material adecuado, pudiendo ser utilizados antisépticos o cura en seco).
- Revisar constantemente la zona del pañal, ya que puede producirse una dermatitis. En ese caso, cambiaríamos el pañal por otro de un material diferente.

- Asegurar la comodidad del recién nacido.
- Trabajar en equipo, junto al resto de profesionales sanitarios.
- Explicar y enseñar a los padres la realización de unos cuidados adecuados y seguros para el recién nacido.

Entre todas estas funciones que realiza el TCAE, destacamos la importancia del cuidado y de la protección de la piel del recién nacido, ya que es la barrera que protege frente a infecciones, además de proteger los órganos internos y de ser la encargada de la regulación de la temperatura.

Como medida de higiene necesaria tenemos el baño, realizado por el TCAE, para conservar la piel lo más limpia posible y así, prevenir que el recién nacido se infecte por bacterias o virus, entre otras causas.

Cuando se realice el baño al recién nacido se deberán evitar los cambios bruscos de temperatura, debe realizarse con muy poco jabón (no aplicar otro tipo de productos, pueden irritar la piel) y nunca debe superar los cinco minutos (les puede producir sensibilidad).

A los recién nacidos, el baño les recuerda a cuando estaban en el vientre de su madre, por lo que les facilita la adaptación a su nueva vida fuera de él.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible la labor que realizan todos los profesionales sanitarios en los cuidados del recién nacido y, por lo tanto, del TCAE. Como en todos los servicios sanitarios, debe realizarse un buen trabajo en equipo y establecerse una adecuada comunicación entre todos los miembros de este.

El TCAE, debe poseer unos conocimientos adecuados y específicos sobre los neonatos (siendo de gran importancia la higiene, el cuidado de la piel y el baño corporal que le debe realizar).

En conclusión, el papel del TCAE es fundamental en los cuidados del recién nacido y no se puede prescindir de sus labores en ningún caso.

6 Bibliografía

1. Tejedor, Rosalia Mercedes Ibañez, et al. "Técnicos en cuidados auxiliar de enfermería, en la unidad de neonatología." *Revista Sanitaria de Investigación* 4.5 (2023): 79.
2. Caño-Armenteros, Paula. "CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO: HIGIENE Y ASEO CORPORAL." (2020).

3. Gómez, Mercedes Erro, et al. "Realización baño del recién nacido por la TCAE." *Revista Sanitaria de Investigación* 3.11 (2022): 9.
4. *Neonatología*: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (Imip). Medsi, 2004.

Capítulo 138

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

La administración de enemas en los pacientes ingresados en el hospital es una técnica que se realiza de forma muy habitual. La principal causa por la que se administra un enema es por el estreñimiento.

El estreñimiento es un síntoma caracterizado por el impedimento o la incapacidad de defecar, la reducción del número de deposiciones o la eliminación de heces con dificultad. Además de experimentar dolor, sentir que se ha evacuado de forma incompleta, observar que ha disminuido el volumen o ver que las heces presentan una dura consistencia con forma esférica.

Un enema es una solución que presenta un aspecto líquido y acuoso que se debe introducir por vía rectal (por el ano) con el objetivo de activar el intestino y causar

la eliminación de las heces. Es introducido a través de una cánula y puede tener tanto fines terapéuticos como fines diagnósticos.

Los enemas son utilizados para facilitar la salida de heces o gases por el ano, además puede ser utilizado para aplicar algún tipo de sustancia por vía rectal. Los responsables de la administración de los enemas son los enfermeros/as y el TCAE. Por lo tanto, deben poseer los conocimientos suficientes y adecuados (teóricos y prácticos) para proceder a la realización de la técnica de la mejor manera posible.

2 Objetivos

Conocer las distintas funciones y técnicas del TCAE en la administración de enemas, así como los distintos tipos y las contraindicaciones de éstos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con ello, se va a proporcionar información con aspectos relevantes sobre la administración de enemas por parte del TCAE.

4 Resultados

Cómo he explicado anteriormente, los encargados de la administración de los enemas son los enfermeros/as y los TCAE. Por ello, voy a explicar más detenidamente las funciones de los TCAE, el material necesario para la realización de este procedimiento, los tipos de enemas y los casos en los que están contraindicados. En cuanto al material que deberán utilizar el TCAE y el enfermero/a, serán imprescindibles los guantes, las gasas, el lubricante, una solución a irrigar, una sonda rectal, un cubrecama y un empapador.

El enfermero/a y el TCAE deberán valorar qué tipo de enema necesita cada paciente, encontramos 3 tipos: el enema evacuatorio o de limpieza (es el que se utiliza más frecuentemente, sirve para la eliminación de las heces), el enema carminativo o lavativa de Harris (utilizado para la eliminación de los gases) y el enema de retención (utilizado para la administración de la medicación).

Además de todo esto, es imprescindible conocer las contraindicaciones para la administración de los enemas, ya que realizar este procedimiento en algunos pa-

cientes puede ser muy perjudicial y puede empeorar su salud. El enema está absolutamente contraindicado en pacientes que poseen alguna patología anorrectal (como pueden ser las hemorroides, las fisuras o los abscesos) o en pacientes a los que se les ha realizado una cirugía reciente en las zonas del perineo, del abdomen o del corazón. Además, tampoco es recomendable en los que tengan sospecha de apendicitis, peritonitis o de otras patologías abdominales.

Las intervenciones y funciones del TCAE en la administración del enema son:

- Encargarse de la preparación del material y colocarlo al lado del paciente.
- Ayudar al enfermero/a siempre que lo necesite.
- Realizar una adecuada higiene de los genitales y de la zona anal del paciente.
- Ayudar al paciente si desea acceder al cuarto de baño o proceder a la colocación de la cuña si es necesario.

Una vez finalizada la técnica, el TCAE debe registrar en la historia clínica del paciente, todo el procedimiento, la cantidad que ha sido introducida, el tiempo de retención del enema, la efectividad de éste y la consistencia que presentan las heces.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que los TCAE y los enfermeros/as, trabajen de manera conjunta y coordinada en la administración de los enemas, realizando sus funciones y estableciendo una adecuada comunicación entre ellos para hacerlo de manera correcta. Para así, facilitar la evacuación de las heces del paciente y disminuir el estreñimiento.

Como hemos visto anteriormente, los TCAE, deben encargarse de toda la preparación del material, de la realización de una correcta higiene del paciente y de ayudarles siempre que lo necesiten. Además, de hacerles sentir o intentar al menos, que permanezcan lo más cómodos posible en esta situación que para la mayoría resulta muy desagradable.

6 Bibliografía

1. Leiva, Paula María Arroyo. "Técnica de administración de enema por parte del TCAE." Revista Sanitaria de Investigación 2.2 (2021): 13.
2. Serrano, Remedios Serrano, and Laura Domínguez Martín. "ELIMINACIÓN GASTROINTESTINAL Tema 12. Enema de limpieza." MANUAL DE PROCEDIMIENTOS GENERALES DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA: 55.

Capítulo 139

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

Dentro del sistema sanitario cada vez cobra mayor importancia la mejora de la calidad de vida y atención al paciente, por ello dentro de las funciones asistenciales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería esto tiene más sentido.

Los servicios de neonatología garantizan la cobertura dentro de los centros sanitarios a los pacientes neonatos entre ellos, auxiliares de enfermería. Estas unidades están presentes en aquellos centros que cuentan con maternidad y comienzan su labor desde la unidad de paritorios.

El servicio de neonatología está dividido en varios ámbitos en base al estado del paciente por ello cuenta con una subunidad para los cuidados intermedios de pacientes estables y otra que requiere mayor personal que es la subunidad de

terapia intensiva neonatal. Además de esta subdivisión cuenta con almacenes, sala de incubadoras, sala para lactantes, sala ploma de radiografía etc.

La ratio de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería suele ser de 3 pacientes con ayuda de una enfermera que tiene una ratio de 2 pacientes. La atención es continuada, eficaz e integral.

El recién nacido prematuro requiere una serie de cuidados y atenciones específicas que implican en la capacidad y habilidades del personal para poner en marcha y funcionamiento los conocimientos adquiridos. Todo el personal que trabaja en las unidades de neonatología es personal sanitario y no sanitario que forma un equipo multidisciplinar en pro la nueva vida.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Describir la realidad de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de neonatología.

Como objetivo secundario:

- Identificar la importancia de una formación específica en las que el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es básico.
- Mostrar el rol de los miembros del equipo multidisciplinar en el cuidado de los neonatos.

3 Metodología

El desarrollo del presente capítulo consiste en una revisión bibliográfica con la intención de sintetizar resultados y conclusiones de varias publicaciones del tema que se presenta. Este trabajo se ha llevado a cabo realizando una búsqueda bibliográfica consultando diferentes fuentes impresas y de soporte digital, en las bases de datos de: Dialnet, PubMed, Elsevier; biblioteca electrónica de Scielo y Google académico entre otros.

Palabras claves: neonato, paciente, lavado de manos, identificación, seguridad, alimentación.

4 Resultados

Un recién nacido que vive durante más de 24 horas se considera que es un niño vivo. El proceso de gestación llega a término a partir de la semana 37. Con esto

quiere decir que el parto puede ser en cualquier momento. Como dato curioso, la primera causa de mortalidad infantil es nacer antes de la fecha de término.

La media de estancia de los recién nacidos en la unidad de neonatos suele ser un mes aproximadamente donde reciben los cuidados necesarios para vivir más independientemente. Esta estancia implica que junto a los menores los padres deben recibir una formación para poder seguir atendiendo a sus hijos en el domicilio familiar al alta del paciente.

Desde finales del siglo XX, los avances tecnológicos en neonatología y reproducción son evidentes por ello se ha demostrado que la calidad de vida es mejor para estos pacientes y los menores salen en perfectas condiciones de las unidades de neonatología y con menos problemas para su crecimiento y madurez en el entorno social.

La presencia de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en estas unidades es en los siguientes lugares:

- Zona de aislamiento.
- Zona de cuidados intermedios.
- Zona de cuidados mínimos.
- Zona de cuidados intensivos.

Las funciones propias de la profesión en este tipo de servicios son:

- La higiene y el aseo corporal de los menores según su estado con un proceso de aprendizaje para los padres.
- Alimentación por medio de biberones con leche materna y ciertos apoyos para la madurez del menor que se calentarán en agua caliente ya sea bajo el chorro del agua o con calienta biberones.
- Limpieza de la incubadora
- Higiene del cordón umbilical según protocolos.
- Registro de constantes vitales de forma horaria en la gráfica de enfermería.
- Cambio de pañales cada tres horas anotando tanto la diuresis como las deposiciones.
- Ofrecer seguridad.

Para lograr la mejoría y madurez de la nueva vida debemos prestar cuidados de calidad junto a todas aquellas funciones delegadas por parte de la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el nacimiento de una nueva vida implica un momento de felicidad para los padres y sus familiares pero en determinadas ocasiones puede llevar consigo una serie de problemas debido a que el parto tenga lugar antes de

la fecha de término y el recién nacido tenga muestras claras de inmadurez que lo lleven a tener que ser ingresado en la unidad de neonatología para favorecer la madurez bajo los cuidados de los profesionales entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Por último, las primeras horas tras el nacimiento son cruciales para lograr una total recuperación del menor por ello debemos estar preparados y formados para realizar las actuaciones pertinentes para su mejoría con el tratamiento pautado.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.
2. <https://revistamedica.com/tcae-unidad-de-neonatologia/>
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-uci-neonatal/>

Capítulo 140

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

Antes de comenzar a hablar de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería debemos definir el concepto de urgencia como la aparición imprevista en cualquier lugar o actividad, de un problema o accidente de salud de causa diversa y gravedad, que provoca la necesidad de una atención sanitaria mientras que la emergencia es una situación urgente en la que la vida del paciente peligra porque se ha visto afectado un órgano vital.

En España, ante la atención de urgencias se pide que la información que recibe el usuario sea clara, precisa y concisa debido al estado de nerviosismo con el que acude a estos servicios. Debemos tener en cuenta que el 80% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias lo hacen por su propio pie y siendo conscientes de lo que demandan.

Los lugares o centros a los que los usuarios del sistema sanitario pueden acudir para solicitar apoyos son diferentes: los centros de atención primaria que tienen atención continuada, los centros hospitalarios y la atención extrahospitalaria. El servicio de urgencias no requiere una cita previa y permite una atención inminente y rápida en base al método de triaje y a la urgencia de atención sanitaria por el peligro de la vida del paciente al ser valorado y evaluado.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias. Como objetivo secundario podemos deducir la estructura del servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: técnico en cuidados auxiliares de enfermería, urgencias entre otros.

4 Resultados

El servicio de urgencias es una unidad que requiere que se trabaje de forma coordinada entre todos los profesionales sanitarios y no sanitarios entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería vamos a recibir a pacientes con una patología muy variada y de diferentes edades. Ante todo, debemos saber guardar secreto profesional e intimidad. El paciente va a ser atendido por nosotros una vez pase el servicio de admisión y el proceso de triaje.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son:

- Colocarle la pulsera identificativa u observar si es portador de una.
- Valorar su grado de independencia en base a si necesita ayuda para ponerse el pijama, desnudarse etc.

- En caso de ser dependientes, valorar el estado de la piel por si tuviese úlceras por presión que precisen una atención especial.
 - Atender las necesidades fisiológicas del paciente (colocar la cuña, botella etc)
 - Toma de constantes.
 - Reponer el material de los boxes.
 - Gestionar los residuos sanitarios.
 - Informar al paciente del número de acompañantes y visitas mientras esté en esta unidad y sea trasladado a la unidad hospitalaria correspondiente o de alta domiciliaria.
 - Realizar cambios posturales a los pacientes dependientes.
 - Realizar el electrocardiograma.
 - Colaborar en el caso de enemas y obtención de muestras que se precisen para los diagnósticos.
 - Respetar los diferentes protocolos de actuación en caso de la patología del paciente porque en caso de ictus se precisa una atención precoz y urgente.
 - Apoyar al paciente en la administración de comidas y petición de las mismas.
- El servicio de urgencias es una unidad que requiere de una serie de habilidades especiales para ser capaz de reaccionar de forma eficaz y rápidamente ante la entrada de los pacientes que en muchos casos se trata de una atención por una emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, queremos evidenciar la necesidad de un trabajo conjunto para poder ofrecer al paciente una atención de calidad que le permita una evolución positiva. Junto a ello debemos trabajar en base a los protocolos del centro sanitario que facilitan el trabajo en estas unidades que de primeras la impresión que dan es caótica.

En todo momento, ante la situación de estrés del paciente debemos ser capaces de transmitirles tranquilidad y confianza a la vez que como profesionales sanitarios el hecho de trabajar en urgencias nos dota de una serie de capacidades para observar y detectar signos y síntomas de las múltiples patologías que se reciben en urgencias siendo algunas de ellas de intervención de emergencia para salvar la vida del paciente.

6 Bibliografía

- Miró O. El usuario y su uso de las urgencias. An Sis Sanit Navar 2009

- <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
- Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 141

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

La ginecología es la rama de la medicina que se encarga del cuidado y la atención del aparato genital y las mamas de las mujeres para que estén bien cuidados y libres de cualquier tipo de patología junto a ello se encargan del seguimiento de los estados de gestación y de todos los problemas que puedan llegar a surgir, en caso de problemas durante el parto se encargan de la realización de las cesáreas. En todos los centros sanitarios existen unidades de ginecología y obstetricia donde hay presencia de un grupo de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios. En ella están presentes los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que se encargan de apoyar y ayudar a todo el equipo multidisciplinar junto a una serie de funciones propias que van a favorecer la recuperación de la paciente o a prepararla para una técnica médica o enfermera.

La ginecología y la obstetricia, esta última se encarga directamente del tema de los partos, son una rama que en muchas ocasiones ha estado en manos de las matronas. Antiguamente, eran las llamadas parteras las que realizaban los partos, con el paso del tiempo, la higiene, desinfección y tecnificación, estas técnicas se realizan en los centros hospitalarios para lograr la seguridad de los pacientes.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se trata de mostrar la aplicación de los conocimientos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de ginecología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: ginecología, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, atención a la madre entre otras.

4 Resultados

Dentro de las unidades de ginecología y obstetricia, la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es de forma general apoyar y ayudar al especialista en ginecología y a la enfermera junto al resto de los profesionales para formar equipo.

Existen una serie de funciones propias que facilitan el confort y el bienestar de la paciente y en muchos casos de los recién nacidos. Las labores específicas son las siguientes:

- Toma de constantes vitales principalmente orina y temperatura
- Preparar a la paciente para cualquier traslado para una prueba diagnóstica o para la unidad del paritorio.
- Ofrecer el camisón de la unidad y ayudarla a vestirse si no puede.
- Acompañar al médico por si precisa de nuestro apoyo.
- Ayudar en los cuidados de los recién nacidos y educar a los padres en su cuidado.

- Acompañar a las pacientes que han perdido al feto o que han sufrido cualquier cirugía ginecológica para que puedan expresar sus sentimientos.
- Cubrir todas las necesidades básicas que la paciente precise.
- Arreglar y cambiar la ropa de la cama de la paciente y la cuna en caso de que haya un recién nacido.
- Higienizar la zona de la paciente
- Limpiar el entorno de la paciente.
- Apoyar para quitar y poner la cuña a posteriori del parto sobre todo si se trata de una paciente que ha sufrido una cesárea.
- Preparar el material necesario en caso de curas de una herida quirúrgica.
- Comprobar en el momento del ingreso que tanto la paciente como el recién nacido tienen la pulsera identificativa.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en estas unidades se dedica a prestar los cuidados básicos en las actividades de la vida diaria que durante un tiempo al estar ingresada la mujer no puede realizar por sí misma. Por otro lado, en otras ocasiones se trata de educar en los cuidados primarios al recién nacido para que los progenitores aprendan a hacerlo en el momento del alta hospitalaria. Frente a estas funciones asistenciales, debemos añadir las administrativas como son la gestión de pruebas, analíticas o cualquiera otra circunstancia que tenga que ver con la historia clínica en el ámbito propio.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, las tareas que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería grosso modo con los cuidados de higiene básicos que permiten que la mujer que se encuentra ingresada esté cómoda. Las pacientes de estas unidades presentan un mayor estrés que las de otras unidades no solamente aquellas que van a dar a luz sino el resto, ya que se trata de enfrentar patologías propias de la mujer y ello conlleva mayor ansiedad.

Si bien es cierto que gracias al desarrollo de la profesionalidad de esta figura y al trabajo en conjunto de todos los profesionales se han hecho posible que se ofrezca un servicio de calidad e integral en los servicios de ginecología y obstetricia.

6 Bibliografía

- Barrera Arias N, Espeso García AB, Mesa González S, Alonso García MI. El TCAE en la unidad de neonatología. Revista Electrónica de Portales médicos. 2019

- Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill.
- <https://revistamedica.com/funciones-tcae-obstetricia/>

Capítulo 142

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

ANGELA CLAUDIA NICOLAIESCU

1 Introducción

La aspiración de secreciones se hace en los pacientes que no pueden eliminar los secreciones por sí mismos por perder la capacidad de toser y los secreciones se acumulan y obstruyen las vías aéreas.

Las aspiraciones se realizan cuando la mucosidad es visible y cuando se detectan sonidos respiratorios que nos indica la existencia de secreciones.

Si hace falta aspirar al paciente varias veces se debe desinfectar la sonda cada vez que se aspira.

Entre aspiración y aspiración hay que dejar descansar al paciente para evitar irritación en la mucosa.

Para la aspiración de secreciones el paciente se coloca en posición adecuada: para aspiración por vía oral el paciente se coloca en posición semifowler con la cabeza girada a un lado; para aspiración por vía nasal el paciente se coloca en posición semifowler con el cuello en hiperextensión de 70°; para aspiración si el paciente está inconsciente el paciente se coloca decúbito lateral.

La presión de aspiración varía también según la edad: en neonatos la presión es de 60-80mmHg; en bebés la presión de aspiración será de 80-100mmHg; en niños la presión de aspiración estará entre 100-120mmHg; en adolescentes y adultos la presión de aspiración estará entre 100-150mmHg .

La aspiración de secreciones se hace primero por nasofaringe y si es necesario se hace después la orofaríngea.

2 Objetivos

Conocer el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) respecto a la aspiración de secreciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es de preparar al paciente, informar y explicarle que la realización de aspiración de secreciones puede ser muy incómoda y puede provocar náuseas y sensaciones de ahogo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de preservar la intimidad y confidencialidad del paciente debe de trabajar a las órdenes de los médicos y enfermeros y preparar el material para la realización de aspiración.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de conocer el procedimiento, comprobar que el sistema de aspiración funcione correctamente, comprobar el material que se utiliza como guantes estériles, sonda de aspiración y lubricante ,de recoger después de realizar la técnica y dar los cuidados necesarios para el paciente .

La aspiración orofaríngea y nasofaríngea pueden aumentar riesgo como hemorragia, infección, hipotermia, lesiones en la mucosa, náuseas y vómitos y favorecer una broncoaspiración.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de preparar al paciente ante una técnica de aspiración, debe de explicar qué puede ser incómoda y puede provocar sensaciones de ahogo. Colocar al paciente más cómodo posible y poner en marcha la unidad de aspiración ajustando el regulador de vacío a una presión entre 100 y 120 mmHg.

Comprobar que el tubo de aspiración está fijado a la fuente de aspiración.

Durante la aspiración se tiene que observar la aparición de signos de broncoespasmo la dificultad en la introducción de la sonda por un tapón de moco y el reflejo vasovagal.

La sonda no se puede forzar si hay alguna obstrucción ,se anima al paciente que tosa y respire profundamente.

La aspiración orofaríngea o nasofaríngea está contraindicada en pacientes con fractura de base de cráneo, epiglotitis,laringoespasmo y obstrucción por cuerpo extraño y,debe realizarse con mucha precisión en hemorragia pulmonar,alteraciones de coagulación, hemorragia nasofaríngea, varices esofágicas,cirugía de tráquea ,cirugía gástrica y cirugía de las vías respiratorias.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de vigilar la empermeabilidad de la vía aérea ,hacer la higiene bucal con clorhexidina,vigilar signos y síntomas de aparición de infecciones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aspiración de secreciones debe de limpiar el frasco contenedor de la bolsa de aspiración entre pacientes y las tabuladores y recipientes .

5 Discusión-Conclusión

Las aspiraciones las hay muy variadas como la aspiración orofaríngea donde se mide la distancia entre el lóbulo auricular y la punta de la nariz del paciente que será la longitud a introducir de la sonda y nasofaríngea donde se lubrica la sonda y se introduce por la parte lateral de la boca hasta llegar a la orofaringe, aspiración traqueal por tubo endotraqueal, aspiración traqueal por cánula de traqueostomía y sonda de aspiración .

Las aspiraciones se hacen también para ver las características de las secreciones como color, cantidad y viscosidad.

La sonda de aspiración se prepara de acuerdo a edad del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 143

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP), TIPOS DE ESCALAS Y PREVENCIÓN

BEATRIZ ANGULO PEINADO

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son unas lesiones de procedencia isquémico, localizada en la piel y los tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea ocasionada por presión continuada o una fricción entre dos planos duros. Años atrás se tenían en cuenta como un proceso banal e inevitable en las personas mayores, para pasar a considerarse en la actualidad un accidente asistencial previsible.

Son factores importantes en la aparición de úlceras por presión la presión, el cizallamiento y la fricción.

Resultan un grave problema y muy frecuente en personas mayores. Son uno de los principales agravamientos de las situaciones de inmovilidad y su uso adecuado establece un indicador de calidad asistencial.

La aparición de las UPP en los pacientes hospitalizados empeora su estado de salud, incrementa el riesgo de infecciones, sube la incidencia de mortalidad y causa una alteración de la comodidad debido al dolor y a la incapacidad funcional, lo que implica una pérdida de autonomía. La prevención es uno de los principales objetivos en las personas consideradas de riesgo.

Como hemos dicho anteriormente, no solo la presión, el cizallamiento y la fricción intervienen en la aparición de las úlceras por presión, sino también intervienen otros factores como es la presión-tiempo. Con todos estos factores juntos, se obtiene una disminución del riesgo sanguíneo y está relacionado con un descenso del aporte de oxígeno a concretas zonas corporales, que terminara con una decadencia rápida de los tejidos, comenzando con un ligero enrojecimiento

en la piel y finalizando con úlceras profundas que perjudican al músculo y progresan a una necrosis del tejido afectado.

Las UPP las podemos catalogar en cuatro grados distintos:

- Grado I: eritematosa no blanqueable
- Grado II: escoriativa, úlcera de espesor parcial
- Grado II: necrótica, pérdida total del grosor de la piel
- Grado IV: pérdida total del grosor de los tejidos

Los signos que advierten de su aparición son:

- Cambios inusuales del color o textura de la piel
- Hinchazón
- Drenaje similar al pus
- Una zona de la piel que se siente más fría o cálida al tacto que otras zonas
- Zonas sensibles.

Suelen manifestarse en zonas donde el hueso emerge mas y no hay tanto tejido bajo la piel. Si el área dura aplasta la zona, complica una buena circulación de la sangre y la piel se va deteriorando.

Existen muchas escalas para la valoración de riesgo de la aparición de úlceras por presión (EVRUPP), como la escala de Norton, escala de Waterlow, escala de EMINA, la escala de Cubbin-Jackson y la escala de Braden.

- Norton: estudia cinco parámetros; el estado mental, la incontinencia, la movilidad, la actividad y el estado físico. Es una escala en negativo, por lo que una menor puntuación apunta mayor riesgo.
- Braden: esta constituida por seis subescalas; percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y riesgo de lesiones cutáneas.
- Emina: atiende cinco factores de riesgo; estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad. Se puntúa de 0 a 3 cada uno de ellos. Tiene una buena definición operativa de términos, esto hace que minimice la variabilidad entre interobservadores. El punto de corte se define en cuatro, sin embargo, otras investigaciones proponen que para los hospitales de media estancia, el punto de corte debería ser de cinco.
- Waterlow: presenta una escala con seis subescalas: relación talla/peso, continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito; y cuatro categorías de otros factores de riesgo: malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación.
- Cubbin-Jackson: desarrollada de forma específica para pacientes críticos. Constituida de 10 parámetros en total que puntúan de uno a cuatro (edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámico, respiración, nutrición, incontinencia e higiene). Se trata de una escala compleja, difícil de utilizar.

2 Objetivos

Dar a conocer los tipos de escalas y prevención de las UPP.

3 Metodología

Para poder desarrollar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Hemos realizado una búsqueda de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, Medline, Scielo, Google... seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha realizado una búsqueda mas específica utilizando palabras clave como “ulceras por presión”, “tipos de escalas de ulceras por presión”, “prevención”, etc.

4 Resultados

El objetivo primordial ante las UPP es prevenir su aparición. Cuando se manifiestan resulta muy difícil su tratamiento y su curación. Debemos ayudar a prevenir las ulceras de decúbito alternando la posición con frecuencia para así poder evitar la tensión sobre la piel. Debemos cuidar la piel, mantener buena alimentación y un consumo adecuado de líquidos, evitar fumar, controlar el estrés y hacer ejercicio diariamente.

Debemos tener en cuenta una serie de recomendaciones que disminuye la aparición de las ulceras por presión:

- Cambiar el punto de apoyo del peso constantemente (cada 2-3 horas)
- Incitar a levantarse en caso de que la persona pueda
- Buscar una silla de ruedas especial, que se pueda inclinar y así aliviar la presión
- Elegir almohadas o colchones que alivien la presión
- Ajustar la elevación de la cama.

En este trabajo nuestro objetivo es dar a conocer la importancia de las UPP, conocer las herramientas útiles para prevenir la aparición de las ulceras por presión, determinar el riesgo de padecer una ulcera por presión de cada paciente, reconocer y describir adecuadamente el estadio en el que se encuentra la ulcera por presión, etc.

Debemos tener en cuenta varios factores que bien por los rasgos de la propia persona o debido a circunstancias externas, aumentan la aparición de ulceras por presión. Las podemos clasificar en factores extrínsecos e intrínsecos.

- Factores extrínsecos: intervienen sobre el organismo de la persona desde fuera puede incitar la aparición de las úlceras por presión si se mantiene en el tiempo. Los más importantes son: o Presión: es la fuerza que aplasta los tejidos cuando los cambios posturales no son frecuentes. o Fricción: es el roce provocado entre la piel y la superficie de apoyo. Se puede producir por rozamiento de arrugas en la sabana de la cama, movilizaciones inapropiadas para el paciente, etc. o Humedad: junto con el calor propio del organismo, da lugar a la maceración de los tejidos. Esto es consecuencia del propio sudor, de la orina o de las heces de una persona incontinente y de un mal secado al realizarle el aseo.

- Factores intrínsecos: no son fáciles de evitar y son típicos de la propia persona. Estos factores pueden ser: o Fisiopatológicos: por diferentes problemas de salud o Derivados del tratamiento: resultado de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos (tracciones, dispositivos/aparatos como escayola, etc.) o Del entorno: debido a una falta de educación sanitaria de los pacientes, ausencia de criterios unificados en la planificación de las curas, una mala utilización del material de prevención, intervenciones quirúrgicas superiores a tres horas, ingresos prolongados en UCI, etc.

El 37% de las personas desarrollan una úlcera por presión en el sacro, frente a un 28% en el talón. El 4,4% tiene úlceras iatrogénicas. Otras distintas localizaciones son en la zona genital, zonas de roce de la sonda vesical, muslos, nariz, boca, orejas, cara.

Las úlceras por presión las podemos clasificar en cuatro estadios:

- Estadio I: alteración observable de la piel íntegra, se presenta con eritema cutáneo que no palidece al presionar.
- Estadio II: es la pérdida parcial del grosor de la piel que daña a la epidermis, la dermis o ambas.
- Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción grande, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén.

5 Discusión-Conclusión

Los motivos que favorecen la aparición de úlceras por presión pueden ser en gran parte de los casos, detectadas con antelación. Reconocer los factores de riesgo es fundamentalmente para suministrar las medidas preventivas.

Es muy importante la colaboración de todo el personal multidisciplinar, y también que el personal de enfermería lleve a cabo los protocolos de actuación unifi-

cados en la prevención de las úlceras por presión y los administre de forma precoz.

Si proporcionamos una adecuada educación sanitaria a la persona que lo sufre y a su familia, junto con una constante exploración de la piel, manteniéndola en buen estado y efectuando cambios posturales al paciente, podemos prevenir la aparición de úlceras por presión.

Los recursos de prevención hacen posible que la mayoría de la úlceras por presión sean prevenidas y en los casos que no sea posible su prevención, si que es posible disminuir las consecuencias.

Para la prevención de las úlceras por presión, esta comprobado que se debe facilitar la movilidad de la persona, manteniendo una postura corporal adecuada, utilizando almohadas que eviten la presión excesiva en algunas zonas del cuerpo, facilitar un reposapiés, alternando la postura de la persona si este no se puede mover por si mismo, tener una adecuada alimentación que sea rica en calorías, proteínas y vitaminas y que tenga una correcta hidratación bebiendo líquidos, controlar las partes con mayor riesgo de sufrir úlceras por presión, mantener la piel limpia y seca, etc.

Para las personas que no pueden moverse por si misma, se le debe realizar cambios posturales cada 2-3 horas si este encamado, en caso de poder estar sentado los cambios deben realizarse cada 2 horas desde la postura inicial hasta la siguiente, como por ejemplo:

- Decúbito supino
- Lateral derecho
- Decúbito supino
- Lateral izquierdo

Cuando la persona vaya a dormir, se debe colocar en la postura más cómoda, si se muestra una zona en la piel de enrojecimiento hay que evitar ponerlo en la postura que ejerza más presión sobre esa zona de la piel, y se deben realizar los cambios posturales, aunque se hayan utilizado almohadas y colchones anti-escaras.

Son un gran problema de salud para los pacientes con disminución de la movilidad, porque deteriora su calidad de vida y la de sus familiares. Es una de las principales causas de reingreso en los hospitales y por eso es muy importante ejecutar una adecuada prevención para así poder evitar la aparición de las úlceras por presión.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 144

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES A REALIZAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

JENNIFER PEREZ HERRERA

ELENA GÓMEZ PALOMO

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga la atención primaria cuando estamos hablando de ofrecer una asistencia sanitaria considerada esencial y está basada en tecnologías y métodos prácticos, han sido creados científicamente y socialmente aceptados, al alcance de todos los ciudadanos, este tipo de asistencia la mantiene la comunidad y el país.

La atención primaria entra a formar parte del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Dentro de la atención primaria son muchas las funciones que se pueden llevar a cabo como por ejemplo concebir la salud, organizar recursos, la relación con

el entorno, la realización de prácticas sanitarias además de obviamente realizar prácticas relacionadas con la salud de los pacientes.

Se considera esencial la atención primaria ya que muchas familias se sienten protegidos por su doctor de siempre, sus enfermeras ya que han creado una confianza y los profesionales sanitarios conocen demasiado bien a sus pacientes, y gracias a ese vínculo y confianza ofrecen una atención óptima.

La atención primaria desempeña un papel muy importante en los indicadores del nivel de salud de la comunidad y por la importancia que tiene en cuanto a la prevención de la enfermedad, la curación y la promoción de la salud.

La atención primaria destaca mayormente también por el trabajo del equipo multidisciplinar y tan coordinado que hay en los centros de salud, este equipo se compone de auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza, enfermeros, médicos etc.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como bien he mencionado con anterioridad tenemos bastantes funciones dentro del centro de salud como TCAE como, por ejemplo, abastecer medicamentos, material fungible y material que se precise dentro de la atención primaria, hacer un recuento de todo lo que hay, haremos los pedidos, colocaremos todo el material en el almacén correctamente, seremos los encargados de revisar los medicamentos y todos los materiales para que estén preparados para su uso en cualquier momento, debemos mantener limpios los carros de materiales y reponer el material

que sea necesario en cada carro reponer material en las consultas tanto de médicos como de enfermeros, controlar las fechas de caducidad en los medicamentos y materiales fungibles para evitar que estén caducados, haremos la recepción de los pacientes y un control de las temperaturas, realizaremos el mantenimiento de los aerosoles, las botellas de oxígeno y demás materiales, estaremos con el equipo de enfermería en todo momento cuando esté con algún paciente para realizar toma de constantes, analíticas, también nos encargamos de preparar todo lo necesario para realizar visitas a domicilios con la enfermera, preparar las analíticas y la nevera portátil para su conservación, ayudaremos en los vendajes, las curas, realizaremos el registro de cada paciente, promocionaremos la salud etc. Todas las funciones y tareas que tenemos como TCAE dentro de la atención primaria llevan con ellos unos protocolos que debemos conocer y llevar a cabo para un trabajo óptimo, tener muy en cuenta a la hora de colocar y limpiar el almacén de que no haya medicamentos y materiales caducados ya que si damos uso a esos materiales y medicamentos podríamos empeorar la salud de nuestros pacientes y podría ser algo muy grave y catalogado como negligencia médica, llevar siempre muy buen control del almacén y de los pedidos y registrar todo en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos trabajar siempre en equipo y de manera coordinada y complementaria con todo el equipo multidisciplinar que existe dentro de la atención primaria ya que son muchas las funciones a realizar de cada profesional sanitario y con comunicación siempre se dará un mejor servicio y cuidado a nuestros pacientes, debemos hacer sentir a nuestros pacientes como si de familia fuésemos ya que ellos sienten mucha confianza en nosotros ya que normalmente siempre nos ven a los mismos profesionales, muy importante llevar a cabo nuestras funciones correctamente y siguiendo los protocolos ya que estamos al cargo de revisar, pedir, colocar todo el material necesario dentro de un centro de salud y debe estar todo correcto y en las mejores condiciones.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-primaria-especializada-funciones/>.
2. <https://revistamedica.com/tcae-atencion-primaria-2/>.

Capítulo 145

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA APLICACIÓN DE FRÍO O CRIOTERAPIA

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

Se llama crioterapia a la aplicación de frío con fines terapéuticos. Aunque en pocas ocasiones constituye por sí misma un tratamiento no se puede restar su relevancia cuando se utiliza como complemento a otro tratamiento, por ejemplo, ante algunas lesiones del aparato locomotor. La crioterapia puede ser utilizada tanto en pacientes hospitalizados, como en pacientes ambulatorios, pero siempre requiere de prescripción médica.

El frío puede ser utilizado de diferentes formas: de manera general, si se aplica en todo el cuerpo, o de manera local, si se aplica en un área concreta del cuerpo. El frío aplicado de general suele estar indicado en casos de fiebre o hipertermia,

mientras que el frío aplicado de manera local se suele indicar para prevenir o disminuir inflamaciones causadas por traumatismos, para reducir el dolor producido por esos traumatismos o para cortar hemorragias poco significativas. El frío también se puede aplicar directamente sobre la piel, aplicación húmeda, o indirectamente, aplicación seca.

Al aplicar frío se produce un efecto vasoconstrictor, es decir, con el frío se reduce la aportación sanguínea en el área de aplicación al contraerse los vasos sanguíneos, la sangre circula de manera más lenta, la piel se enfría, palidece y produce un efecto anestésico local. Cuando el frío se aplica de manera general se produce una disminución de la temperatura del cuerpo, consiguiéndose, además, ciertos efectos o sensaciones estimulantes.

El frío, además, se puede utilizar junto al calor, en los llamados “baños de contraste”, que se trata de una técnica terapéutica utilizada, sobre todo, para controlar la inflamación en lesiones articulares y musculares, y que consiste en alternar la inmersión del área lesionada en agua fría y en agua caliente.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe conocer y estar familiarizado con la práctica de la crioterapia, pero solo debe utilizarla bajo prescripción médica.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la crioterapia como tratamiento complementario y los beneficios de la aplicación de frío para la salud del paciente.
- Describir los procedimientos que debe seguir un Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería al aplicar la crioterapia, así como las diferentes técnicas de aplicación de frío.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “crioterapia” o “TCAE en crioterapia”.

4 Resultados

De manera general el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, tras asegurarse de la existencia de una prescripción médica, tendrá en cuenta una serie de normas o recomendaciones para la aplicación de crioterapia como preparar el equipo asegurándose de que cuenta con todo el material necesario, realizarse un lavado de manos y explicar al paciente en qué consiste el procedimiento, resolviendo cualquier duda que consulte. Deberá tomar las constantes vitales del paciente antes, durante y después de la aplicación del frío, observando, mientras tanto, el estado el estado general del paciente y su piel. Además, debe prestar atención a las reacciones de este y si muestra signos de dolor los comunicará a su superior inmediato. También deberá avisar a su superior en el caso de que observe que los párpados o los labios se vuelven cianóticos. Además, controlará la temperatura de aplicación mientras dura la aplicación para comprobar que no se pierda frío.

Es importante no aplicar nunca frío húmedo sobre úlceras o heridas y en las aplicaciones secas, envolver en un paño o en una toalla el dispositivo, para prevenir quemaduras. Si se están utilizando instrumentos eléctricos mantener medidas de seguridad como alejarlos del agua o manejarlos con las manos secas.

Finalmente, una vez terminada la aplicación del frío, se recogerá el equipo y se secará al paciente sin frotar, solo utilizando la presión.

El uso del frío se conoce por Crioterapia, que puede ser utilizada mediante hielo, compresas frías, compresas con alcohol y con chorro de aire frío (Crioaeroterapia), el efecto que se quiere conseguir es la Hipotermia.

Algunas de las técnicas de aplicación de frío que pueden utilizar los TCAE son:

- Bolsas de hielo: De aplicación local y durante una hora como máximo. Se introduce en la bolsa el hielo, sin llenarla completamente y sacando todo el aire posible para que esta se adapte mejor. Es conveniente agregar alcohol o jabón a la bolsa para que se produzca escarcha, lo que, también, favorecerá la adaptación a la zona de aplicación. Hay que comprobar periódicamente que el hielo no se ha derretido, así como prestar atención a que no se produce un frío excesivo. Tras la aplicación hay que registrar el área en la que se aplicó, el tiempo de aplicación y si se ha observado alguna reacción.
- Compresas frías: La compresa se enfriará sobre hielo picado, escurriéndola después, para, por último, aplicarla a la zona de tratamiento y realizar cambios frecuentes, ya que pierden la temperatura de manera muy rápida.
- Compresas con alcohol: Esta técnica está en desuso en los hospitales al haberse sustituido por la utilización de colchones térmicos. La técnica consiste en mezclar

agua y alcohol, se sumerge y se escurre la compresa y se fricciona con ella al paciente. Tras la aplicación se cambiarán las sábanas y transcurridos treinta minutos, se comprobará la temperatura, la respiración y el pulso del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación terapéutica de frío o crioterapia es un recurso muy efectivo usado como complemento en el tratamiento de distintas patologías, como pueden ser las lesiones del aparato locomotor, varices, insuficiencia venosa periférica (sobre todo en las piernas) o en casos de hipertermia. Sin embargo, es fundamental que el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería siempre aplique esta técnica con indicación médica para garantizar los cuidados correctos y la seguridad del paciente.

Los TCAE deben seguir una serie de normas y recomendaciones para aplicar la crioterapia de manera correcta además de conocer las, ya que cada técnica tiene sus particularidades y requisitos específicos para garantizar su eficacia y evitar posibles daños al paciente.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, con su práctica y el desarrollo de su trabajo, desempeña un papel fundamental en la aplicación de la crioterapia, contribuyendo al bienestar y recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Edajube. Aplicación Local de Frío y Calor [Internet]. Enfermería. 2021 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://enfermeria.top/apuntes/tcae/aplicacion-frio-calor/>.
2. Cgtsanidadlpa.org. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T11-AE-SCS-2007.pdf
3. Ocronos R. Aplicación terapéutica de frío y calor [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/aplicacion-terapeutica-frio-calor/amp/>.
4. Investigación RS. Aplicación terapéutica de frío y calor [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aplicacion-terapeutica-de-frio-y-calor/>.

Capítulo 146

LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A LOS PACIENTES EN ESTADO TERMINAL

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

1 Introducción

Al hablar de “enfermedad terminal” se hable de aquella que puede acontecer en un espacio corto de tiempo y cuyo final es el fallecimiento o muerte del paciente. Las principales causas suelen ser, entre otras muchas: la enfermedad del cáncer sin posibilidad de tratamiento o recuperación, el accidente o ataque cerebrovascular, la demencia en fases avanzadas, las enfermedades cardiorrespiratorias de evolución grave, las enfermedades neurológicas degenerativas en estado avanzado o las enfermedades pulmonares, hepatopatías en estado avanzado. En esta situación se distinguen dos tipos de pacientes en estado terminal: los enfermos oncológicos, que suele estar formado por el grupo más numeroso, bien

por no haber sido diagnosticados de manera precoz o por haberse producido un retraso en la aplicación del tratamiento y los enfermos no oncológicos, que son los pacientes que presentan aquellas patologías o enfermedades que pueden concluir en fallecimiento, como pueden ser: accidentes, demencias, enfermedad de Parkinson, etc.

A la hora de determinar una enfermedad como “terminal” se utilizan las siguientes condiciones:

- La confirmación de un diagnóstico de la enfermedad presentada.
- La enfermedad ya está en una fase avanzada y no hay posibilidad de curación.
- Existe una sintomatología intensa y que, en muchas ocasiones, es causa de mucho dolor.
- Se ha aplicado un tratamiento curativo sin que se obtenga respuesta favorable.
- Existe un gran impacto emocional en el paciente en los familiares e, incluso, en el equipo asistencial.
- El pronóstico de vida es inferior a seis meses.

Ante esta grave situación, el paciente puede presentar sentimientos de duelo, que según Kubler Ross, comprende las siguientes fases:

- Fase de negación: el paciente no asume la idea de la muerte inminente y experimenta sentimientos de incredulidad, aturdimiento o conmoción.
- Fase de ira: en esta fase el paciente presenta enfado, rabia, indignación y resentimiento.
- Fase de negociación o pacto: en esta etapa el paciente empieza a asumir la inminencia de su muerte.
- Fase de depresión: el paciente da muestras de tristeza o depresión ante la pérdida de esperanza de la vida.
- Fase de aceptación: el paciente deja de luchar al aceptar la proximidad del fin de su vida.

Los cuidados paliativos para enfermos terminales buscan procurar al paciente un bienestar físico, psicológico, social y espiritual. En esta situación, las funciones y actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son primordiales, ya que los cuidados paliativos forman parte fundamental en el tratamiento de las enfermedades graves o muy graves. Así, según va avanzando la patología, los cuidados son más continuos y necesarios. Y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe proporcionar una asistencia individualizada y continuada tanto al paciente como a la familia, respetando la dignidad del paciente, y estableciendo junto a él los objetivos terapéuticos que se quieran conseguir. Debe mantener una actitud positiva con el enfermo y apoyarle ayudándole a afrontar este acontecimiento, mostrando respeto por la intimidad del paciente, la familia

y seres cercanos y ofreciendo un ambiente confortable.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de la atención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado de pacientes en estado terminal.
- Exponer las necesidades de los pacientes en estado terminal, tanto en términos físicos como psicológicos, describiendo el papel desarrollado por TCAE en el suministro de cuidados paliativos que garanticen su bienestar.
- Analizar la relevancia de la formación técnica y la vocación en el desempeño del TCAE en la prestación de cuidados paliativos a pacientes en situación terminal, resaltando cómo su labor contribuye al derecho a una muerte digna de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “cuidados paliativos”, “enfermo terminal” o “TCAE en cuidados paliativos”.

4 Resultados

La finalidad de los cuidados paliativos es la anticipación y la solución de los problemas que acontezcan en la atención de los pacientes a su cargo, teniendo en cuenta que la asistencia a una muerte digna se basa en la búsqueda del mayor bienestar posible del paciente evitando, en la medida de lo posible, el sufrimiento. El paciente en situación terminal presenta unas necesidades de cuidados muy especiales y específicas de atención a su estado mental y a su estado físico.

La sintomatología del paciente en cuidados paliativos terminales comprende en su parte física: xestomía o boca seca, mucositis, estreñimiento, anorexia, náuseas y vómitos, deshidratación, estado de desnutrición severa o caquexia, disnea, insomnio, hemoptisis, úlceras cutáneas y dolor; y en su parte psicológica un impacto emocional intenso con cuadros de depresión, angustia y ansiedad. En esta

situación la asistencia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar basada en cubrir las necesidades observadas en el paciente terminal.

En la atención a los aspectos físicos de la enfermedad habrá de considerar las necesidades fisiológicas como la alimentación, la eliminación y la higiene. También se debe intentar disminuir el posible dolor, mediante la utilización de farmacología y métodos de relajación. Con respecto a la diferente sintomatología que pueda presentar el paciente como disnea, vómitos, etc. Habrá que prestar atención al cuidado de catéteres y bolsas de diuresis y a la aplicación de farmacología. Por último, la atención a necesidades como el sueño y el descanso se buscará la movilización activa o pasiva del paciente.

En la asistencia a las necesidades psicológicas del paciente terminal se buscará su satisfacción mediante el apoyo y el acompañamiento ante muestras de dolor, estrés o ansiedad, la escucha activa y la comunicación efectiva, así como proporcionar un ambiente cómodo y confortable junto a los familiares o el entorno próximo del paciente.

De manera sintética, las funciones de los TCAE se podrían concretar en las siguientes:

- Proporcionar a estos pacientes una estancia en el hospital lo más cómoda y confortable posible.
- Asistir en la higiene diaria a los pacientes que no puedan realizarlas por sí mismos.
- Suministrar los alimentos y asistirles en su ingesta a aquellos pacientes que la necesiten.
- Aplicar, si se requiere, enemas de limpieza.
- Registrar las constantes vitales del paciente en las hojas de enfermería.

En resumen, el TCAE debe cumplir los protocolos establecidos para paciente en esta situación, atendiendo a las necesidades físicas y psicosociales del paciente y su entorno, todo ello desde el máximo respeto a su dignidad.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos se proporcionan en un momento especialmente vulnerable en la vida del paciente. Por esto a la hora de prestar asistencia es fundamental tener en consideración las necesidades detectadas desde el equipo médico y las preferencias expresadas por los propios pacientes y su entorno. De manera que se le proporcione todo el bienestar posible y la máxima calidad de vida respetando siempre su derecho a una muerte digna.

La máxima calidad en la atención a pacientes en estado terminal consiste en facilitar y garantizar el acceso a programas de prestación de cuidados paliativos. Estos programas integrales necesitan de una asistencia sanitaria y psicosocial por lo que estarán formados por equipos interdisciplinarios integrados y coordinados en los que los TCAE constituyen una pieza muy importante por su constante relación con el paciente y su entorno.

De la formación técnica y vocación del TCAE dependerá en buena medida la eficacia con la que se prestan los cuidados paliativos y, también, del TCAE dependerá, en parte, el bienestar de los pacientes en esta etapa de su vida, en la que debe primar la búsqueda de la confortabilidad y el respeto a la vulnerabilidad del paciente.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Funciones del TCAE en pacientes con Cuidados Paliativos [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/amp/>.
2. Ocronos R. Funciones del TCAE ante el paciente terminal [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-paciente-terminal/amp/>.
3. Investigación RS. Participación TCAE en los cuidados paliativos del paciente [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/participacion-tcae-en-los-cuidados-paliativos-del-paciente/>.
4. Actuación del TCAE ante la enfermedad terminal [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2022 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/actuacion-tcae-enfermedad-terminal/>.

Capítulo 147

CUIDADOS DE SALUD DE LA MUJER GESTANTE EN LA HIGIENE DESDE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

EVA CAMAÑO GALLEGO

1 Introducción

Se considera la higiene del embarazo como el conjunto de medidas encaminadas a promocionar y mejorar las condiciones de salud en la mujer gestante.

Durante el embarazo se deben extremar las normas generales de higiene personal, de los alimentos y del entorno que le rodea. Se evitarán riesgos de infecciones e intoxicaciones.

La mujer embarazada debe evitar el manejo de sustancias o productos tóxicos, tanto en las tareas domésticas como en el trabajo. También, debe evitar actividades que exijan un esfuerzo físico considerable, que la obliguen a permanecer en ambientes nocivos o que impliquen exposiciones a otros peligros o riesgos.

Se evitarán las radiaciones de gran intensidad (rayos x), las altas temperaturas y especialmente el contacto con animales (sobre todo gatos y sus excrementos), ya que éstos pueden ser transmisores de ciertas enfermedades que conllevan un riesgo durante el embarazo.

Es recomendable la ducha diaria (mejor que baño) ya que durante la gestación aumenta la sudoración y el flujo vaginal. Para evitar caídas en el baño, usar alfombra. Usar jabones neutros y crema hidratante.

Se debe evitar realizar tareas de agacharse repentinamente. Si se hacen durante mucho tiempo aparecerán dolores a la altura de la espalda baja y piernas y al mover muebles.

2 Objetivos

- Promocionar hábitos de conducta que aumenten el nivel de salud y bienestar de las mujeres.
- Eliminar las ideas erróneas y distorsionadas referentes al embarazo, parto y puerperio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es recomendable poner en práctica los siguientes cuidados especiales en referencia a la higiene:

- siempre que sea posible la mujer debe mantener los pezones y las areolas al aire.
- llevará puesto el sujetador algunas horas, pero no todo el día.
- una o dos veces al día la embarazada cogerá sus pezones entre los dedos índice y pulgar y tirará firmemente de ellos, pero sin provocar dolor, durante 15 segundos. A continuación los hará girar entre sus dedos durante uno o dos minutos.
- es conveniente que la mujer realice estímulos manuales sobre pezones y también estímulos orales que imiten la succión.
- cuando la embarazada se duche aprovechará la ocasión para lavar los pezones y areolas frotándolos muy suavemente con una manopla y agua caliente.
- los jabones deben ser suaves para que no reseque ni agriete la zona.
- las mamas deben secarse presionando suavemente con una toalla, sin frotar. Es conveniente que se terminen de secar al aire, exponiéndolas durante algunos minutos.

Las medidas particulares que hemos tener en cuenta son:

- higiene de la boca: durante el embarazo aumenta la predisposición a padecer caries.

- cuidados en las mamas: es importante preparar los pezones porque así evitaremos se agrieten.

Las grietas son pequeñas fisuras que se forman en la superficie del pezón y dificultan la lactancia por dos razones: a) la succión se hace dolorosa. b) facilitan la entrada de gérmenes produciendo infecciones.

Utilizar vestidos cómodos y holgados: el calzado debe ser confortable, evitar tanto los zapatos con tacón alto como los excesivamente planos. La ropa interior, preferiblemente de algodón. Evitar los calcetines o medias que compriman.

La depilación: utilizar cuchillas, cremas o maquina eléctrica.

Se pueden usar tintes que no lleven amoníaco, preferiblemente vegetales.

5 Discusión-Conclusión

Se debe tener en cuenta:

- higiene sexual: mientras el médico no indique lo contrario se pueden mantener relaciones sexuales a lo largo de todo el embarazo. Se permiten relaciones sexuales en cualquier posición salvo aquella en la que el hombre se sitúa por detrás porque en ésta el pene puede tomar contacto con el cuello del útero que estará congestionando y se propiciarán hemorragias.

- higiene del vestido y calzado: el vestido debe ser amplio suelto y cómodo. Zapatos de tacón bajo.

- higiene mental: es conveniente que la mujer continúe con sus ocupaciones habituales y que todas sus dudas y miedos se resuelvan.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 148

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

RAQUEL PORTAS RIOS

1 Introducción

Las intervenciones quirúrgicas son unas de las principales tareas llevadas a cabo día a día en un hospital. Estas operaciones, en mayor o menor medida, requieren un alto grado de complejidad, tanto en relación con la preparación y material necesarios a emplear como de las competencias requeridas por el equipo humano que toma parte en su correcto desempeño. Podemos decir, por lo tanto, que en grande parte el grado de satisfacción en el resultado depende, entre otras cosas, la buena coordinación del equipo multidisciplinar.

El equipo de trabajo que conforma el quehacer de un quirófano está formado por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermería, anestesiólogos, celadores, administrativos, cirujanos de distintas especialidades, servicio de limpieza y servicio técnico. Las tareas asignadas a cada uno de ellos pueden ser individuales o compartidas entre varios profesionales. Los quehaceres de uno solo de esos profesionales son imprescindibles para que se puedan llevar a cabo los del resto, lo que nos lleva a decir que es igual de importante el buen manejo de una tarea que de primeras se pueda considerar más “básica” a una que tenga una mayor consideración. El trabajo en equipo es imprescindible.

El papel del TCAE adquiere vital importancia en cuanto a la reposición, colocación del material y aquellas tareas que debe llevar a cabo previa y posterior intervención quirúrgica¹.

2 Objetivos

El objetivo es establecer las funciones del TCAE dentro del área quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo que he realizado he tenido que llevar a cabo una revisión bibliográfica completa sobre la literatura científica existente presente en las bases de datos web y mediante las normas bibliográficas del estilo Vancouver.

4 Resultados

En el servicio de quirófano se distribuyen 2 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería por cada quirófano 2; no obstante, en algunos hospitales, especialmente los de gestión privada, la enfermera instrumenta, y es un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) el que realiza las funciones de circulante o coordinadora 3.

Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social.

El artículo 74 de la Orden ministerial dice: “Corresponden a las auxiliares de enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Los auxiliares de enfermería se atenderán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento o Servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de enfermería y de la Dirección del centro” 4.

Las funciones de los TCAE en el área quirúrgica se divide, a grosso modo, en dos partes: la preoperatoria, la perioperatoria y la postoperatoria 1, 4.

- Etapa preoperatoria: es la anterior a la entrada del paciente. En ella se llevan a cabo todas las tareas necesarias para asegurar que todo lo necesario para realizar la operación está en óptimas condiciones.
 - Revisar la programación quirúrgica
 - Preparar equipos, paños, sábanas y material estéril.
 - Reposición del material fungible

- Colocar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención
- Reponer la zona intermedia
- Encender calentadores de suero y comprobar que adquieren la temperatura adecuada.
- Ayuda a la movilización del paciente.
- Etapa perioperatoria: durante la intervención quirúrgica. Se lleva a cabo principalmente un apoyo a las enfermeras en cuanto a la necesidad de más material.
- Etapa postoperatoria: una vez el paciente haya salido.
- Retirar todo el material desechable empleado.
- Limpiar y recolocar los aparatos empleados durante la intervención.
- Gestionar el material estéril según protocolo.
- Colocar el instrumental y material procedente de la central de esterilización.
- Revisar y reponer los contenedores de material punzante.
- Recogida y limpieza de quirófano.
- Reposición y limpieza del carro de material fungible.
- Reposición y limpieza del carro de anestesia.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de técnicos de enfermería juega un papel crucial en el desarrollo del trabajo llevado a cabo dentro de las áreas quirúrgicas. Son los encargados de una gran lista de tareas, empezando por el aprovisionamiento de la sala de material de la unidad de quirófanos, pasando por la limpieza de material, el aprovisionamiento del propio quirófano o la comprobación del buen funcionamiento de los equipos.

Su rol dentro de las funciones que ejercen dentro de este ámbito del hospital es variable y depende de institución (ya sea por diferencias entre competencias según el país, la comunidad autónoma (CCAA) o el protocolo del propio hospital). Como hemos mencionado anteriormente con respecto a la práctica que se lleva a cabo en los centros de titularidad privada, se deja la puerta abierta a un posible aumento de competencias de los TCAE en este tipo de áreas sanitarias y a una necesidad, por lo tanto, de ampliar la formación académica del ciclo de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro de los currículums académicos de los centros formativos, sobre todo si tenemos en cuenta que las acciones que se tienen que realizar en el área quirúrgica distan en gran medida de las que se desarrollan en el resto de servicios.

6 Bibliografía

1. Ibáñez Tejedor R., Ortega Altamirano A., García Asendio E., Alcázar Martínez D., Martínez Ocaña C., Domingo Remón A. Funciones y competencias TCAE en quirófano [internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2023. Vol 4, nº4, p. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8930852>.
2. Peña Nuez A. M. Trabajar en quirófano: higiene postural y posturas forzadas [internet]. Universidad de las Palmas de Gran Canaria [trabajo fin de máster]. 2019. Recuperado a partir de: <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/100577?mode=full>.
3. Gómez Gómez R. La investigación en enfermería quirúrgica: de la técnica a la humanización de la asistencia [internet]. NURE investigación: Revista Científica de enfermería. Nº 99, p.2. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7125324.pdf>.
4. Villa G.C. Técnicas del TCAE en el quirófano [internet]. PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2015. Recuperado de: https://www.cursosdeauxiliares.com/pdf/cursos/capitulo/quiropfano_auxiliares.pdf.

Capítulo 149

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL NEONATO

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

ANA MARÍA REOLID EGIDO

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

La unidad neonatal de un hospital es donde se da la atención y los primeros cuidados al recién nacido. Esta unidad engloba desde el inicio del parto, ayudando a la madre en dicho proceso, hasta el alumbramiento y posteriormente los primeros y esenciales cuidados que el bebé necesita.

En el caso de un neonato a término y buen estado de salud, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, deberá proporcionar los cuidados básicos al recién nacido, como, por ejemplo:

La higiene del niño, prestando especial atención a los ojos y el cordón umbilical, para que se encuentren lo más limpios y secos en todo momento, alimentación.

- Higiene y limpieza general (orina, heces, arcadas. etc.).
- Cambio de ropa.
- Control de calidad del espacio, intentando que madre e hijo estén en unas condiciones óptimas de descanso.
- Mantener el contacto con la madre y ayudarla en lo que pueda necesitar.

En el caso de un neonato prematuro, se le dará unos cuidados especiales, atendiendo las necesidades especiales de cada uno de ellos.

En estas unidades especiales de cuidados intensivos neonatales, se presta gran atención de los estímulos externos, puesto que estos, influyen mucho en la maduración emocional y en el desarrollo del cerebro del bebé y habrá que minimizarlos lo máximo posible y se proveerá paralelamente los estímulos fisiológicos, como, por ejemplo:

- Se atenderá con interés la adaptación de la luz, para favorecer el ritmo de sueño-vigilia en desarrollo.
- Intentar reducir los sonidos del área-habitación donde se encuentre.
- También se ha de prestar atención a la temperatura corporal, ya que los neonatos prematuros pierden rápidamente calor por la poca actividad muscular que tiene, ausencia de grasa parda, y la diferencia respecto al espacio-cuerpo.

Y sin olvidarnos de la prevención de las infecciones, por ello hemos de lavarnos las manos minuciosamente antes y después de la manipulación, para favorecer una mayor protección contra la posible transmisión de enfermedades. Debiendo poner gran cuidado en la manipulación de cualquier dispositivo como como las cánulas, tubos endotraqueales o las vías.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado del neonato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en Neonatología dependen de la situación, estado y necesidades del recién nacido.

En el caso de un neonato a término y buen estado de salud, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá proporcionar los cuidados básicos y complementarios. En el caso de necesitar incubadora el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, deberá de seguir unas pautas en este proceso como:

- En primer lugar, se pasará al recién nacido de la incubadora de transporte a la de la unidad.
- Ya en la incubadora, se monitorea al bebé.
- Si fuera necesario, se procederá a la aspiración de secreciones.
- Se comprueba la temperatura del bebé (la primera determinación se hace por vía rectal, para descartar la existencia de ano imperforado). Este proceso se hace con el termómetro digital.
- El recién nacido suele venir pesado de la sala de partos, por lo que el TCAE se encargará de realizar la medición del perímetro cefálico y talla, si no fuera así se pesará allí.
- Se le comprobara todas las constantes vitales (FC, FR, SatO₂ y TA).
- A continuación, se realiza la profilaxis ocular (eritromicina oftálmica en crema) y la administración de Vitamina K (1mg = 0,1ml) por vía intramuscular.
- Si por ejemplo él bebe es prematuro, deberá ser colocado en un nido para mantener la postura en flexión, y en todos los casos, se dispondrá una tela verde sobre la incubadora para evitar estímulos luminosos que puedan afectar al descanso.
- Cuando el bebé está caliente, se realizará la primera determinación de glucemia y gasometría capilares.

La labor que desempeña del auxiliar de enfermería no es solo exclusiva del recién nacido, sino que el TCAE también es responsable de gestionar la documentación necesaria para que el registro del bebe se efectúe con éxito.

5 Discusión-Conclusión

Las primeras horas tras el nacimiento de un bebé son determinantes para su posterior desarrollo. Es dentro del equipo multidisciplinar de la unidad neonatal, se encuentra el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que deberá contar con la preparación para encarar cualquier complicación que pueda haber en el proceso del parto o posterior. La función a realizar de dicho profesional sanitario consiste en proporcionar los cuidados iniciales al recién nacido, relacionado con su bienestar general. También se coordinará con otros profesionales en sus tareas, facilitándole lo que estos necesiten. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el facultativo que más contacto tiene con el recién nacido, por ello

debe de estar atento a cualquier alteraciones o cambio que pueda haber y comunicarlos inmediatamente al personal de Enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-deenfermeria-en-uci-neonatal/>.
2. <https://medac.es/blogs/sanidad/cuidados-del-recien-nacido>.
3. <https://revistamedica.com/tcae-unidad-de-neonatologia/>.
4. <https://revistamedica.com/cuidados-neonato/>.

Capítulo 150

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

ANA MARÍA REOLID EGIDO

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

Según la definición que nos otorga la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad española de cuidados paliativos, son un conjunto de medidas que ayudan al paciente a tener una buena calidad de vida a pesar de padecer una enfermedad terminal, a través del cuidado, prevención y disminución del sufrimiento con tratamientos adecuados que alivien el dolor, físico, psicológico, espiritual y familiar del paciente.

Determinamos que una enfermedad terminal es la que se da al paciente con una esperanza de vida de 6 meses o menos.

Los cuidados paliativos, se pueden dar desde la detección de la enfermedad, es decir, cuando la enfermedad es diagnosticada, durante el tratamiento, durante la acción de seguimiento hasta el final de la vida, con el fin de evitar sufrimiento, y mejorando la calidad de vida, aliviando todo lo posible el dolor. Este tipo de atención también se puede recibir a la vez que recibe el tratamiento para la enfermedad que padezca, siendo ambos compatibles.

También hemos de mencionar a la familia del enfermo paliativo, a la que se le brinda toda ayuda que necesite en esta situación tan estresante y delicada. Los cuidados paliativos ofrecen un amplio abanico de recursos notando una significativa mejoría en:

- . La dificultad para poder respirar, el dolor o las náuseas.
- . El apoyo emocional, entre paciente, equipo y familia.
- . Estrecha comunicación con el personal médico, pudiendo mostrarle así sus miedos e inquietudes.

Se ha demostrado que en el inicio de los cuidados paliativos la atención se debe concentrar más en los deseos del paciente, aumentando así la toma propia de decisiones, disminuyendo el estrés, pudiendo llegar a satisfacer sus necesidades espirituales y emocionales propias y la de sus familiares.

2 Objetivos

Dar a conocer la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Definimos al paciente terminal cuando la situación a tratar es más que una patología, nos referimos a una enfermedad que no puede curarse cuya finalidad es la muerte del paciente inferior a 6 meses o menos de vida.

Los cuidados paliativos son un conjunto de medidas que se adoptan en la atención integral del paciente en la última fase de la enfermedad que padece. Pueden darse dos situaciones; una es que los cuidados paliativos se den en el domicilio (si es posible o si el propio paciente así lo hace reflejar) o si la situación sufre un agravamiento deberán hacerse en el centro hospitalario.

En el caso de caso de los cuidados paliativos en el domicilio, permitiendo al enfermo permanecer en su hogar, sintiéndose más cómodo, rodeado de las personas que lo acompañen, o simplemente de fotografías o recuerdos. Ofreciéndoles un entorno tranquilo, calmado y sereno. En estas situaciones los familiares son los que más ayudan externa pueden necesitar. Gracias a la atención primaria y del equipo de cuidados paliativos, será más fácil y cómodo atender a paciente y familia.

Ante encontrarnos con un paciente paliativo, la familia es un elemento esencial y muy importante, que participa en el cuidado diario, apoyándolo la toma de decisiones, en el día a día, dando apoyo instrumental si este lo precisa y sobre todo emocional.

En la atención de cuidados paliativos la familia es un elemento importante, ya que participa además de en el cuidado de los pacientes, en la toma de decisiones y en el apoyo emocional e instrumental.

Por otro lado, están los cuidados paliativos en el centro hospitalario, será allí en el paciente paliativo y familia reciban todos los cuidados necesarios. Estas unidades hospitalarias, disponen de unidad de cuidados intensivos, unidades hospitalarias, salas de emergencia y centro de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

El equipo sanitario, trabaja en conjunto para prestar la atención emocional como física de forma continuada, con el objetivo de conseguir al paciente terminal una buena calidad de vida.

El seguimiento de los procedimientos y métodos en los cuidados paliativos promoverán el bienestar, el control del dolor y la alta calidad de vida en el periodo anterior a la muerte.

Sin olvidarlos de las necesidades psicológicas para el paciente en primer lugar y para su familia. Mantenerlos informados de todo el procedimiento, con una comunicación continuada, veraz, tranquilizadora, y clara el ayudara a ambas partes en este duro proceso. Tenemos que darles la oportunidad de expresar sus emociones y sentimientos tan dispares en estas situaciones, activando la empatía, escucha activa y la retroalimentación.

En esta última fase de ayudar al enfermo, acompañarlo, respetando sus valores y creencias y por encima de todo preservar la dignidad e intimidad hasta el final.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/participacion-tcae-en-los-cuidados-paliativos-del-paciente/>.
2. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/>.

Capítulo 151

LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

M^a ADELA GARCIA MENENDEZ

1 Introducción

La comunicación en el entorno sanitario desempeña un papel fundamental y multifacético que abarca desde la relación médico-paciente hasta la coordinación entre profesionales de la salud. En este contexto, la habilidad de transmitir información de manera efectiva y empática es esencial para lograr diagnósticos precisos, brindar cuidados de calidad y fomentar un ambiente de confianza y seguridad tanto para los pacientes como para los profesionales involucrados.

En el entorno sanitario, la comunicación no se limita simplemente a la transmisión de datos clínicos, sino que también abarca aspectos emocionales y psicológicos. Los pacientes a menudo experimentan ansiedad, temor e incertidumbre en relación con su salud, y es responsabilidad de los profesionales de la salud establecer una comunicación que alivie estas preocupaciones. Una comunicación empática y centrada en el paciente ayuda a construir una relación terapéutica sólida, lo que a su vez puede mejorar la adhesión al tratamiento y los resultados de salud.

Además de la relación médico-paciente, la comunicación también es crucial entre los miembros del equipo de salud. La colaboración efectiva entre médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales es esencial para garantizar la continuidad y coordinación de la atención. La comunicación interprofesional facilita la transferencia fluida de información, previene errores médicos y promueve un enfoque holístico hacia el bienestar del paciente.

En un mundo cada vez más digitalizado, la comunicación en el entorno sanitario también ha evolucionado. Las herramientas de tecnología de la información, como registros médicos electrónicos y plataformas de telemedicina, han transformado la forma en que los profesionales de la salud se comunican y colaboran. Si bien estas innovaciones ofrecen ventajas en términos de accesibilidad y eficiencia, es esencial mantener un equilibrio entre la comunicación virtual y el contacto humano directo para no perder la conexión interpersonal y la empatía.

La comunicación en el entorno sanitario es una habilidad vital que abarca múltiples dimensiones. Va más allá de la transmisión de datos clínicos y se enfoca en establecer relaciones empáticas, facilitar la colaboración interprofesional y garantizar la seguridad y confianza del paciente. En un campo donde las palabras pueden tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de las personas, los profesionales de la salud deben esforzarse por desarrollar y perfeccionar constantemente sus habilidades de comunicación para ofrecer una atención integral y de calidad.

2 Objetivos

- Conocer las distintas formas de comunicación.
- Saber cuáles son los distintos elementos que participan en la comunicación.
- Resaltar la importancia de la comunicación en el medio hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En la comunicación intervienen dos factores: la comunicación verbal y la no verbal. Estos dos elementos forman un todo constituyendo el proceso de comunicación.

Existen diferentes elementos que componen la comunicación verbal y sin su participación este proceso no se produciría.

Los elementos de la comunicación son los siguientes:

- Emisor: quien emite el mensaje.
- Receptor: quien recibe el mensaje.
- Código: conjunto de señales o signos que forman el mensaje.
- Mensaje: la información a transmitir.
- Canal de comunicación: el medio por el cual se transmite el mensaje.
- Ruido: interferencias en el proceso de comunicación.
- Retroalimentación: respuesta del receptor cuando ha recibido el mensaje

El otro aspecto importante es la comunicación no verbal, influye en cómo nos relacionamos con los demás y en cómo nos percibimos. Estas señales pueden transmitir emociones, actitudes, intenciones y estados de ánimo de una manera más rápida y efectiva que las palabras. Por ejemplo, una sonrisa amigable puede indicar apertura y disposición para interactuar, mientras que una mirada fría puede transmitir distancia o desinterés.

-Proxemia: Es la distancia de aproximación con respecto a la otra persona:

- Distancia pública (3,5 m).Es aquella en la que hablamos en público
- Distancia social (1,5 - 3,5 m). Cuando hablamos con una persona poco conocido
- Distancia personal (0,5 - 1,5 m). Entre compañeros de trabajo
- Distancia íntima (contacto directo - 0,5 m). Esta distancia está reservada para personas muy próximas.

-Cinesia: O el estudio de las expresiones faciales posturas y movimientos transmiten una gran cantidad de información sobre nuestras emociones y actitudes. Por ejemplo, cruzar los brazos puede ser percibido como una barrera defensiva, mientras que mantener un contacto visual directo muestra interés y atención hacia la otra persona.

Las expresiones faciales también juegan un papel crucial en la comunicación no verbal. Nuestro rostro es capaz de transmitir una amplia gama de emociones, desde alegría y tristeza hasta sorpresa y enojo. Las microexpresiones, que son expresiones faciales rápidas y sutiles, pueden revelar nuestras verdaderas emociones cuando tratamos de ocultarlas. Estas expresiones son especialmente importantes en situaciones en las que las palabras no pueden ser suficientes para transmitir nuestros sentimientos.

- Prosémica: es importante lo que decimos pero también como lo decimos, el tono de voz. La forma en que decimos las palabras, el volumen, el ritmo y el énfasis que utilizamos pueden cambiar completamente el significado de nuestro mensaje. Por ejemplo, una voz suave y tranquila puede indicar calma y empatía, mientras que una voz alta y agresiva puede denotar ira o frustración.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la comunicación en el medio sanitario es un elemento fundamental para brindar una atención médica de calidad, segura y centrada en el paciente. La efectividad de la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y sus familiares es crucial para asegurar la comprensión mutua, tomar decisiones informadas y proporcionar un cuidado integral y personalizado.

Una comunicación clara, abierta y respetuosa entre los miembros del equipo médico es esencial para garantizar una atención coordinada y sin errores. La transmisión precisa de información entre médicos, enfermeros, especialistas y otros profesionales de la salud es crucial para evitar malentendidos, errores médicos y mejorar la calidad de la atención.

Además, una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes permite una mejor comprensión de las condiciones médicas, tratamientos y opciones de atención disponibles. Al involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, se fortalece su capacidad para participar activamente en su cuidado y se mejora la adherencia a los tratamientos recomendados.

La empatía y la habilidad para escuchar activamente son aspectos esenciales de la comunicación en el medio sanitario. Los pacientes y sus familiares deben sentirse comprendidos, respetados y apoyados en todo momento. La empatía también es fundamental para comprender las preocupaciones y necesidades de los pacientes y brindar un cuidado verdaderamente centrado en ellos como individuos únicos. Por otro lado, la comunicación en situaciones de crisis o malas noticias requiere una delicadeza y compasión especial. Los profesionales de la salud deben ser capaces de transmitir información difícil de manera sensible y estar disponibles para responder a las preguntas y preocupaciones de los pacientes y sus seres queridos.

Las nuevas tecnologías también han transformado la comunicación en el medio sanitario. Los sistemas de registro electrónico de pacientes, las aplicaciones móviles y las plataformas de telemedicina facilitan la comunicación y el intercambio de información entre los profesionales de la salud y los pacientes, mejorando la eficiencia y accesibilidad de los servicios médicos.

En resumen, la comunicación en el medio sanitario es un pilar fundamental para proporcionar una atención médica de calidad, segura y centrada en el paciente. Una comunicación clara, abierta y empática entre los profesionales de la salud, pacientes y sus familiares es esencial para garantizar una atención coordinada y efectiva. Al priorizar la comunicación efectiva, podemos mejorar los resultados de salud, fortalecer la relación médico-paciente y brindar un cuidado integral y

humano a quienes más lo necesitan.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n>.
2. <https://www.significados.com/comunicacion/>.
3. <https://concepto.de/comunicacion/>.

Capítulo 152

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ODONTOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

En este capítulo hablaremos de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la odontología y cuáles son sus funciones, tanto en clínica como en ambiente hospitalario o de atención primaria.

La odontología dentro del servicio de atención primaria cuenta con profesionales de la salud bucodental que realizan funciones de promoción, bienestar y prevención en el ámbito de la salud global, así como también diagnostican y tratan enfermedades bucodentales de forma ambulatoria, individual o colectiva. Es un trato mucho más informal cuando un auxiliar se encarga del trato al paciente y le transmite bienestar y tranquilidad y hay un ambiente mucho más relajado.

En el ámbito hospitalario el TCAE es el encargado de la tramitación de citas y la organización de la agenda del odontólogo, la preparación del instrumental y la posterior esterilización de dicho material después de su utilización. También es una función del auxiliar de enfermería asistir al odontólogo en las labores de aspiración y asistencia en gabinete y facilitarle los productos necesarios para una buena realización de los tratamientos que se realizan.

Posteriormente el material utilizado debe ser desinfectado y esterilizado. El procedimiento es llevado a cabo también por la TCAE que procederá después de cada uso a sumergir el material en soluciones antisépticas para después proceder al secado y embolsado del material a esterilizar, para proceder a esterilizar dicho material mediante el uso de autoclave, por vapor seco.

Dentro de las funciones del TCAE en la rama de la odontología, también está proceder a charlas sobre prevención en caries y una buena higiene bucodental tanto en pacientes adultos como en pacientes infantiles, donde la prevención es la mejor manera en la que un paciente tiene en su mano para una correcta higiene. El cepillado de los dientes después de cada comida al menos 3 veces al día durante al menos 3 minutos y mantener unos buenos hábitos en alimentación, sobre todo, hace posible mantener una buena salud bucal.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en el servicio de odontología, así como conocer las partes que componen una unidad clínica o servicio de odontología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Partes de la clínica dental:

- Recepción: Zona destinada a la llegada de los pacientes, debe haber un mostrador para gestionar la entrada del paciente, la toma de datos y en el caso

de una clínica realizar el cobro de los servicios realizados.

- Sala de espera: Debe ser confortable y debería estar diferenciada de la recepción. Es una zona que debe ser confortable para el/los pacientes.

- Gabinete: Es l aparte clínica principal, pueden ser abiertas, cerradas o mixtas, lo ideal es que sean cerradas(un solo sillón) para la comodidad y privacidad de paciente.

Está compuesta por:

- Sillón dental
- Mobiliario para almacenar el instrumental de trabajo
- Un ordenador para registrar la historia clínica del paciente (también se realiza en papel)
- Sala de máquinas: Zona anexa al gabinete, adaptada a la clínica dental y que cuenta con las medidas de seguridad adecuadas.
- Sala de esterilización: Espacio donde lavar desinfectar y esterilizar el material necesario para los tratamientos, debe estar cerca del gabinete para facilitar la recogida y reposición de material.
- Almacén: Zona importante para almacenar material y productos, para abastecer el gabinete dental.
- Zona de radiología: Zona protegida para realizar radiografías (Rx) y ortopantomografías, esta zona debe estar bien señalizada debido al riesgo de la exposición a radiación, y disponer de medidas de seguridad tanto para el paciente como para el profesional(material plomado), la zona de radiología puede estar en la propia sala del sillón dental o anexa a ella).

Funciones del TCAE en odontología:

- Preparar y organizar el gabinete dental con los instrumentos y materiales necesitados por el odontólogo o higienista bucodental.
- Limpieza, desinfección y esterilización del material utilizado.
- Gestión y organización de la agenda de pacientes.
- Recepción del material y gestión de proveedores
- Participar en la gestión de insumos que se necesiten para el buen funcionamiento del gabinete.
- Controles de caducidades e inventarios.
- Asistir tanto al odontólogo como al higienista en las tareas que sean necesarias (por ejemplo, realizar Rx)
- Realizar acciones de promoción y prevención de la salud Atender a los pacientes y asistirlos en casos de nerviosismo, explicando en la medida de nuestras funciones los procedimientos que se vayan a realizar.
- Cualquier acción que facilite el buen funcionamiento de la unidad dental.

5 Discusión-Conclusión

Existen dos grupos de profesionales que trabajan en el ámbito dental aquellos que tienen contacto directo con el paciente, como el odontólogo, ortodoncista, cirujano maxilofacial, higienista bucodental y TCAE, y aquellos que no tienen contacto directo con el paciente, como el protésico dental, encargado de fabricar las prótesis dentales previamente prescritas por el odontólogo.

El auxiliar de enfermería en odontología es un profesional altamente capacitado y esencial en la atención dental. Su papel es importante en la preparación y apoyo al odontólogo en la realización de procedimientos dentales, así como en el cuidado y seguimiento de los pacientes. Para realizar su trabajo de manera efectiva, el TCAE requiere habilidades técnicas, conocimientos de higiene y seguridad, y una actitud amable y empática hacia los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-odontologia>.

Capítulo 153

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD. LA RELEVANCIA DEL REGISTRO Y DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

En la industria médica, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental para el bienestar y el trato adecuado de los pacientes. La captura y registro de datos clínicos, proceso crucial que asegura la continuidad y calidad de la atención médica, es una de sus responsabilidades fundamentales. El proverbio

”Trabajo no registrado, trabajo no realizado” llama la atención sobre la importancia de este trabajo porque la falta de registro puede tener efectos perjudiciales en la atención y el seguimiento del paciente.

Funciones del TCAE que extenderemos en el siguiente apartado en el registro y documentación de la información clínica:

☒ Recopilación de datos del paciente: el TCAE debe recopilar información pertinente sobre el paciente, como información personal, historial médico, medicamentos actuales y síntomas actuales. Para ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones clínicas, esta información es esencial.

☒ Registro de signos vitales y observaciones: El TCAE debe registrar de forma precisa y rutinaria los signos vitales del paciente, como su temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, así como cualquier observación significativa sobre su estado de salud.

☒ Actualización de historias clínicas: El TCAE debe mantener actualizadas las historias clínicas de los pacientes, incluyendo cualquier cambio en su condición, tratamientos aplicados, pruebas realizadas y resultados obtenidos.

☒ Comunicación efectiva con el equipo médico: El TCAE debe garantizar una comunicación clara y oportuna con los demás profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente, compartiendo información relevante y actualizada para asegurar una atención coordinada y eficiente.

☒ Cumplimiento de normativas y políticas de privacidad: El TCAE debe respetar las normativas legales y políticas de privacidad relacionadas con la gestión de información clínica, asegurando la confidencialidad y protección de los datos del paciente.

Para garantizar una asistencia sanitaria de calidad y proteger la privacidad de los pacientes, el técnico auxiliar de enfermería es fundamental en el registro y documentación de la información clínica.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del registro de datos del paciente para su beneficio y para el reconocimiento de las tareas tan variadas que efectúa el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El TCAE tiene la responsabilidad de llevar a cabo varios registros esenciales en el ámbito de la atención médica. Estos registros son fundamentales para asegurar el bienestar del paciente y reconocer las funciones del TCAE. A continuación, se detallan paso por paso los registros que debe realizar el TCAE y la importancia de cada uno.

1. Registro de datos personales y antecedentes médicos: El TCAE debe recopilar y registrar la información básica del paciente, como nombre, edad, dirección, datos de contacto y antecedentes médicos. Esto permite una identificación adecuada y una atención personalizada, y ayuda a evitar posibles contraindicaciones o interacciones medicamentosas.
2. Registro de síntomas y motivo de consulta: Es fundamental que el TCAE registre de manera detallada los síntomas y el motivo de la consulta del paciente. Esta información es clave para orientar el diagnóstico y tratamiento adecuados.
3. Registro de signos vitales: El TCAE debe medir y registrar los signos vitales del paciente, como la temperatura, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Estos registros son cruciales para evaluar el estado de salud del paciente y detectar posibles complicaciones.
4. Registro de observaciones y cuidados: El TCAE debe documentar cualquier observación relevante sobre el estado de salud del paciente y los cuidados que se le brindan, incluyendo cambios en su condición, tratamientos aplicados y su respuesta a los mismos. Esto ayuda a garantizar la continuidad en la atención y permite ajustar el plan de cuidados según las necesidades del paciente.
5. Registro de pruebas y resultados: El TCAE debe llevar un registro de las pruebas diagnósticas y tratamientos realizados, así como sus resultados. Esta información es vital para evaluar la eficacia de los tratamientos y tomar decisiones clínicas informadas.
6. Registro de comunicaciones con el equipo médico: El TCAE debe documentar las interacciones y comunicaciones con otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente. Esto permite una atención coordinada y eficiente, y evita posibles malentendidos o duplicaciones en los cuidados.

La importancia de realizar estos registros radica en su impacto en la calidad de la atención médica y el bienestar del paciente. Al documentar de manera ade-

cuada y sistemática la información clínica, el TCAE contribuye a garantizar la continuidad en el cuidado, facilita la toma de decisiones informadas por parte del equipo médico y promueve la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.

Estos registros permiten reconocer y valorar las funciones del TCAE, destacando su papel fundamental en el cuidado del paciente y la gestión de la información clínica. Al llevar a cabo un registro riguroso y completo, el TCAE demuestra su compromiso con la calidad de la atención y la seguridad del paciente, así como su profesionalismo y competencia en el desempeño de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Al elaborar y documentar adecuadamente las historias clínicas, el TCAE asegura la calidad asistencial y el bienestar de los pacientes, jugando un papel fundamental en el ámbito de la salud. El TCAE asegura la continuidad de la atención, facilita la toma de decisiones informadas y fomenta la colaboración interprofesional mediante el registro exhaustivo y metódico de la información personal, historia clínica, síntomas, constantes vitales, observaciones, pruebas y resultados, así como la comunicación con el equipo médico .

Gracias a estos registros se pueden enfatizar y evaluar los roles del TCAE en la atención al paciente y la gestión de la información clínica. El TCAE se consolida como un pilar fundamental del sistema sanitario al llevar a cabo sus funciones de forma estricta y competente, mejorando así la satisfacción de los pacientes y la eficacia de los tratamientos.

En este sentido, es crucial que el TCAE continúe manteniendo un enfoque proactivo y comprometido en el manejo de sus registros, ya que hacerlo no solo garantiza una atención de calidad, sino que también destaca su contribución al entorno médico y su compromiso con la mejora continua en la atención de la salud del paciente.

6 Bibliografía

1. Martínez Riera JR, Martínez Isla S, García Gil M. Cuidados Auxiliares de Enfermería: Guía didáctica. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
2. García Martín M, Gómez García CI, Rodríguez Rodríguez M. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica en el paciente: El papel del TCAE. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2016.

3. Morales Moreno I, Martínez Jiménez MA, Pérez Cañaveras RM. Manual de procedimientos de enfermería: Guía práctica para el TCAE. 2a ed. Madrid: Formación Alcalá; 2018.
4. Cerezo Espinosa C, Juárez Vela R, Sánchez Martínez MI. La comunicación en el entorno sanitario: Habilidades y técnicas para el TCAE. Barcelona: Grupo Editorial Universitario; 2020.
5. Pérez Martín M, López Pérez A, Torres Ortega P. La importancia del registro y documentación clínica en el ámbito sanitario: Un enfoque práctico para el TCAE. *Enfermería Clínica*. 2021;31(3):176-184.

Capítulo 154

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON RESPECTO A LA RESONANCIA MAGNÉTICA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

Un método de imagen no invasivo llamado imagen por resonancia magnética (IRM) crea imágenes precisas del interior del cuerpo humano utilizando ondas de radio y campos magnéticos. A diferencia de la tomografía computarizada (TC), que emplea radiación ionizante, la resonancia magnética no emite radiación y generalmente se considera segura.

La resonancia magnética se utiliza en una amplia gama de aplicaciones médicas, como la detección y el diagnóstico de lesiones cerebrales, lesiones de la médula espinal, tumores, trastornos musculoesqueléticos y enfermedades de los órganos internos.

Durante el proceso de RM, el paciente se coloca dentro de un escáner de RM, que contiene un poderoso imán que produce un campo magnético intenso. Una vez dentro del escáner, se envían pulsos de radiofrecuencia al cuerpo para excitar los núcleos de hidrógeno en los tejidos.

Estos núcleos emiten señales de radio que son recogidas por una antena y procesadas por una computadora para crear imágenes detalladas en 2D o 3D del interior del cuerpo.

El uso de la resonancia magnética junto con otros procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre y biopsias, permite a los médicos tomar decisiones bien informadas con respecto al tratamiento de sus pacientes. La resonancia magnética es una herramienta crucial para el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de enfermedades y trastornos médicos.

Además, la resonancia magnética es una herramienta crucial para la investigación médica y se aplica en estudios para comprender mejor las enfermedades y crear tratamientos más eficientes.

2 Objetivos

Esta publicación tiene como objetivo identificar y describir información sobre revisiones sistemáticas de las distintas especialidades reunidas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet y Pubmed desde el año 2018 hasta hoy.

De los artículos que se han seleccionado los más interesantes por un equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajan en distintas áreas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel importante en la sala de resonancia magnética, ya que es el encargado de preparar al paciente y de asegurarse de que se sigan todas las medidas de seguridad necesarias durante el procedimiento. A continuación se describen las funciones principales del técnico en esta área:

Preparación del paciente: El técnico debe asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y tranquilo durante el procedimiento. Debe explicarle el proceso y resolver cualquier duda o preocupación que pueda tener. Además, deberá asegurarse de que el paciente esté en buenas condiciones para realizar la resonancia magnética, retirando cualquier objeto metálico del cuerpo y solicitando información sobre posibles contraindicaciones.

Preparación del equipo: El técnico debe asegurarse de que el equipo esté en perfectas condiciones de funcionamiento antes del procedimiento. Además, debe programar el equipo según las instrucciones del médico y las necesidades específicas del paciente.

Control del tiempo y del flujo de pacientes: El técnico debe asegurarse de que el tiempo asignado a cada paciente sea respetado, evitando así retrasos innecesarios en el proceso y facilitando la atención de los siguientes pacientes.

Seguridad del paciente: El técnico debe asegurarse de que se sigan todas las medidas de seguridad necesarias durante el procedimiento, como el uso de protectores auditivos y de mascarillas de protección en caso de pacientes con infecciones respiratorias.

Registro de datos: El técnico debe registrar toda la información relevante sobre el procedimiento, como el tiempo de duración, las condiciones del paciente y cualquier otra observación relevante.

En resumen, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel fundamental en la preparación y cuidado del paciente durante el proceso de resonancia magnética, así como en la seguridad y correcto funcionamiento del equipo.

5 Discusión-Conclusión

Garantizar la seguridad del paciente durante el procedimiento es el principal consejo del técnico de atención auxiliar de enfermería en la sala de resonancia magnética. Para lograr esto, el técnico debe tomar todas las precauciones necesarias para prevenir cualquier incidente, incluyendo asegurarse de que el paciente no tenga claustrofobia, que no haya objetos metálicos en su cuerpo, que no tenga implantes u otros dispositivos que puedan interferir con la resonancia magnética, y que no existan dispositivos o implantes que puedan interferir con la comodidad o seguridad del paciente durante el procedimiento.

El técnico también debe asegurarse de que el paciente esté completamente informado sobre el procedimiento y las instrucciones que se le darán, como la necesidad de permanecer quieto durante todo el procedimiento y abstenerse de comer o beber antes del mismo. El técnico debe estar listo para tomar acción de emer-

gencia y comunicarse efectivamente con el equipo médico responsable en caso de que el paciente presente una reacción negativa durante el procedimiento. En resumen, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de resonancia magnética debe ser diligente, detallista y estar siempre preparado para garantizar la seguridad y comodidad del paciente durante el procedimiento.

6 Bibliografía

1. Lévano Loayza, S. A., & Sovero Gaspar, A. T. (2020). Evaluación anatómica de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. Revista Estomatológica Herediana, 30(4), 285-293.

Capítulo 155

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL

SONIA DELFA MALDONADO

ANA BELEN ALMANSA GONZALEZ

1 Introducción

Los cuidados para pacientes terminales son aquellos que se efectúan a las personas con enfermedades que ya no tienen cura y se encuentran en la fase final de la vida.

El término "paciente terminal" o "enfermedad terminal" se refiere a un estado más que a una patología particular.

El paciente tiene una enfermedad que no puede ser tratada o curada de manera efectiva, y como resultado, se anticipa la muerte en un corto período de tiempo, típicamente menos de seis meses.

En casos de enfermedades degenerativas o enfermedades extremadamente avanzadas, se utilizan con mayor frecuencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos las definen como un conjunto de actuaciones que favorecen la calidad de vida del paciente a pesar de tener una enfermedad terminal, cuidando, previniendo el sufrimiento y reduciéndolo con la ayuda de tratamientos adecuados a su estado físico, psicológico, espiritual y dolor familiar. los cuidados son proporcionados por un equipo de profesionales

sanitarios y su finalidad es maximizar la comodidad del paciente que sufre una enfermedad terminal, disminuyendo el dolor y atendiendo necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

En todo momento nos ajustaremos a las necesidades de los pacientes y familiares, dependiendo del apoyo familiar e infraestructura del domicilio se decidirá donde es mas conveniente recibir estos cuidados ya que habrá pacientes que prefieran estar en su domicilio.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de los pacientes terminales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente.

Se ha relacionado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de dato: Pubmed, Medline y Cochrane.

4 Resultados

Llegados a esta situación los cuidados que el equipo de paliativos ofrecerá, son muy variados y dependerá de cada paciente y situación familiar.

En todo caso los cuidados serán individualizados, atendiendo a las necesidades que presente el paciente y familia en cada momento de la etapa de la enfermedad. Es de vital importancia que el equipo trabaje de forma multidisciplinar trabajando, valorando y ejecutando objetivos terapéuticos, según las necesidades del paciente durante la evolución de su enfermedad en el hospital y en el domicilio en el cual también existirá una atención domiciliaria por parte de los equipos médicos los cuales llevaran un seguimiento de su enfermedad en todo momento. El TCAE tiene la función de coordinar la atención con el resto de los miembros del equipo. Las prioridades que el propio paciente haga de sus necesidades es lo que marca la pauta. Es crucial que se cree un clima de confianza que facilite nuestra actuación y poder llegar tanto al paciente como a la familia.

Las principales funciones a desempeñar por el TCAE:

- Tener un trato respetuoso, cordial y colaborador hacia el paciente.
- Mantener privacidad y respeto hacia el paciente y familiares.
- Colaborar en el cuidado del mantenimiento de su imagen corporal (higiene personal, postural. . .).
- Cuando realizamos el aseo de los pacientes valoraremos del estado de piel y mucosas para detección y prevención de UPP (úlceras por presión).
- Ayuda en su bienestar un ambiente agradable (habitación, ventilada, luz adecuada, etc.).
- Proporcionar al paciente los cuidados que le aporten confort y bienestar.
- Ayudar a movilizar y mantener una buena postura corporal.
- Administración de enemas si se precisa.
- Colaborar en equipo con el trabajo de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La fase final de la vida puede durar días, semanas o meses. Para estos pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal es fundamental contar con un equipo de cuidados paliativos que tratan en todo momento de atender a las necesidades sociales, psicológicas, fisiológicas y espirituales del enfermo.

El TCAE junto con el equipo de cuidados terminales, tratan en todo momento que el paciente se encuentre en un ambiente cómodo y satisfactorio.

También se tendrá que tener en cuenta a la familia o allegados, asesorarlos y mantenerlos informados del procedimiento a seguir. La finalidad principal es conseguir que la persona llegada esta fase pueda tener unas medidas de confort aceptables y poder morir con dignidad.

6 Bibliografía

1. Domarus A, Farreras Valentí P, Rozman C, Cardellach López F. Medicina interna. Barcelona: Elsevier; 2020.
2. Fernández López A, coordinadora. Cuidados paliativos. Proceso de atención integrado, 2.a edición. Sevilla: Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2007. 3.<https://www.secpal.com/>
- biblioteca guía- cuidados-paliativos-1.

Capítulo 156

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

JAIME PONCE ALFARO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

1 Introducción

Los equipos de protección individual (EPI) son dispositivos, herramientas y prendas de vestir diseñados para proteger a las personas de riesgos específicos en el entorno laboral. Los EPI pueden incluir, por ejemplo, cascos de seguridad, guantes, gafas de protección, mascarillas respiratorias, calzado de seguridad y ropa especial resistente al fuego o productos químicos.

La función principal de los EPI es minimizar la exposición de los trabajadores a riesgos laborales que puedan causar lesiones o enfermedades. Los EPI son utilizados en una amplia variedad de sectores y entornos laborales, incluyendo la construcción, la industria química, la atención sanitaria, la agricultura y muchos otros.

Es importante destacar que, aunque los EPI son una herramienta de protección valiosa, no son la única medida que se debe tomar para garantizar la seguridad en el lugar de trabajo. Los empleadores también deben implementar medidas de control de riesgos y proporcionar una formación adecuada a sus trabajadores para asegurarse de que se utilicen los EPI de manera efectiva.

La selección del equipo de protección personal adecuado depende del tipo de tarea que se realiza, los riesgos asociados con la tarea, y el ambiente en el que se realiza la tarea. Los EPI son importantes para garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores, y deben ser proporcionados por el empleador a los trabajadores de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables en cada país.

2 Objetivos

Conocer las importancia de los EPI para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los equipos de protección individual se pueden clasificar en diferentes categorías según su función y diseño. Algunas de las categorías comunes incluyen:

- Protección de la cabeza: Incluye cascos, gorras, sombreros, etc.
- Protección respiratoria: Incluye máscaras, respiradores, etc.
- Protección auditiva: Incluye tapones para los oídos, orejeras, etc.
- Protección de los ojos y la cara: Incluye gafas de seguridad, pantallas faciales, etc.
- Protección de las manos: Incluye guantes de diferentes tipos, como de cuero, de goma, de nitrilo, etc.
- Protección de los pies: Incluye calzado de seguridad, botas de seguridad, zapatos antideslizantes, etc.

- Protección del cuerpo: Incluye ropa de trabajo, chalecos, trajes de protección, etc.

Cada categoría de EPI debe cumplir con ciertas condiciones mínimas para ser efectiva y segura. Estas condiciones incluyen:

- Ajuste adecuado: El EPI debe ajustarse correctamente para proporcionar la máxima protección.
- Comodidad: El EPI debe ser cómodo de llevar durante largos períodos de tiempo, para que los trabajadores puedan usarlo sin problemas.
- Durabilidad: El EPI debe ser lo suficientemente resistente para soportar el uso prolongado y las condiciones de trabajo difíciles.
- Facilidad de uso: El EPI debe ser fácil de poner y quitar para los trabajadores, para fomentar su uso correcto.
- Marcaje y etiquetado: El EPI debe llevar información clara sobre su propósito y nivel de protección.

Mantenimiento y almacén

La correcta utilización y mantenimiento del equipo de protección individual (EPI) es fundamental para garantizar su eficacia en la protección del trabajador. A continuación, se describen algunos consejos para la utilización y mantenimiento del EPI:

- Selección adecuada: Es importante seleccionar el EPI adecuado para la tarea y el entorno de trabajo. El EPI debe ser capaz de proporcionar la protección necesaria contra los riesgos identificados.
- Capacitación: Es importante que los trabajadores reciban capacitación adecuada sobre el uso y cuidado del EPI. La capacitación debe cubrir la forma correcta de ponerse y quitarse el EPI, así como el mantenimiento y almacenamiento adecuados.
- Inspección previa al uso: Antes de usar el EPI, se debe realizar una inspección visual para asegurarse de que esté en buenas condiciones. Si hay algún daño o defecto, el EPI no debe ser utilizado y debe ser reemplazado.
- Limpieza y mantenimiento: Es importante limpiar y mantener el EPI adecuadamente. Las instrucciones de limpieza y mantenimiento deben seguirse según las recomendaciones del fabricante.
- Almacenamiento adecuado: El EPI debe almacenarse adecuadamente cuando no esté en uso. El almacenamiento adecuado puede ayudar a prolongar su uso.

5 Discusión-Conclusión

Los EPI son importantes porque protegen a los trabajadores contra los riesgos en el lugar de trabajo y ayudan a prevenir lesiones y enfermedades profesionales. Los riesgos en el lugar de trabajo pueden incluir exposición a sustancias químicas peligrosas, radiación, ruido, vibraciones, golpes, cortes, quemaduras, entre otros. Sin los EPI adecuados, los trabajadores pueden estar expuestos a estos riesgos y sufrir lesiones o enfermedades graves.

Además de proteger a los trabajadores, los EPI también son importantes porque pueden ayudar a las empresas a cumplir con las regulaciones y normas de seguridad en el lugar de trabajo.

Es importante que los trabajadores estén capacitados para seleccionar, usar y mantener adecuadamente el EPI. También es importante realizar inspecciones y mantenimiento regular del EPI para asegurarse de que esté en buenas condiciones para su uso.

6 Bibliografía

1. <https://www.acciopreventiva.com/tipos-categorias-equipos-proteccion-individual/>.
2. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2013-02-19-35-%20ME.TRI.028%20Epis.pdf>.
3. <https://www.liftisa.com/blog/la-importancia-de-los-epi-para-garantizar-la-seguridad-laboral/#::text=Los%20equipos%20de%20protecci%C3%B3n%20individual%20son%20aquellos%20destinados%20a%20ser,para%20garantizar%20la%20seguridad%20laboral>.
4. <https://uprl.unizar.es/epis/mantenimiento-y-uso-de-epis>.

Capítulo 157

TUBERCULOSIS HUMANA. UNA PERSISTENTE AMENAZA GLOBAL

REGINA CONDE GONZÁLEZ

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas han sido una constante preocupación para la salud humana a lo largo de la historia, y una de las afecciones que ha mantenido su relevancia es la tuberculosis humana. Esta enfermedad infecciosa, afecta principalmente a los pulmones, aunque también puede atacar otros órganos del cuerpo. A pesar de los avances médicos y científicos, la tuberculosis sigue siendo una amenaza global que afecta a millones de personas en todo el mundo.

La tuberculosis, es causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo del género *Mycobacterium*, formando el denominado Complejo M. Tuberculosis junto con el *M. bovis*, el *M. africanum* y el *M. microti*.

Constituye un problema de salud pública persistente en todo el mundo. Una vez adquirida la infección tuberculosa existen una serie de circunstancias que facilitan el desarrollo de la enfermedad y que se denominan factores de riesgo, guardando relación con el estado de inmunidad del huésped. Los factores más importantes son: Infección por VIH, Neoplasias, Silicosis y Hemodiálisis.

En este artículo nos adentraremos en los diferentes aspectos de la Tuberculosis, desde su transmisión y mecanismos de desarrollo hasta su situación epidemiológica actual, tratamientos disponibles y el papel crucial que desempeñan los profesionales de la enfermería en la atención a los pacientes afectados.

2 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es proporcionar una visión integral de la Tuberculosis humana. Se pretende explorar la historia de la enfermedad, comprender sus características clínicas y discutir las medidas de control actuales. Además, se busca aumentar la conciencia sobre los desafíos persistentes en la prevención y tratamiento de la Tuberculosis en diversas poblaciones.

3 Metodología

Se ha empleado una metodología basada en una revisión bibliográfica de bases de datos como National Library of Medicine of the United States Government y Scielo. Así como la revisión de publicaciones de asociaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicaciones bibliográficas referentes a la tuberculosis basadas en datos o estudios científicos, investigaciones y nuevos medicamentos que han sido desarrollados. Se han tenido en cuenta los métodos de diagnóstico utilizados para abordar la resistencia a los medicamentos y mejorar la eficacia del tratamiento. He usado palabras clave para la búsqueda como Tuberculosis, Mycobacterium, Epidemiología, Vía de transmisión, etc.

4 Resultados

La Tuberculosis es transmitida principalmente a través del aire, cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o ríe, liberando pequeñas gotas que contienen bacilos en el aire. Estas gotas, si son inhaladas por personas cercanas, pueden alcanzar los alvéolos pulmonares y permitir que los bacilos se multipliquen. Además de la vía aerógena, existen otras formas de transmisión, como la vía digestiva (aunque es menos común en regiones donde se pasteuriza la leche), la vía urogenital, la cutáneo-mucosa e incluso la transmisión de madre a hijo durante el embarazo (tuberculosis congénita).

La susceptibilidad de una persona a la Tuberculosis depende en gran medida de su sistema inmunológico. Aquellos con sistemas inmunológicos debilitados, como las personas con VIH, aquellos que se someten a tratamientos inmunosupresores, como en el caso de trasplantes o quimioterapia, y aquellos con enfermedades como silicosis (causada por la inhalación de partículas de sílice) tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Además, el acceso limitado a la atención

médica, las condiciones de vida deficientes y la falta de nutrición adecuada también pueden aumentar la susceptibilidad a la Tuberculosis.

Situación Epidemiológica Global y Europea

A nivel global, la Tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de muerte relacionadas con enfermedades infecciosas. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en 2020 hubo alrededor de 10 millones de nuevos casos de Tuberculosis y 1.4 millones de muertes relacionadas con la enfermedad. Las regiones más afectadas son el África subsahariana y Asia.

En Europa, aunque la incidencia de Tuberculosis ha disminuido en las últimas décadas, la enfermedad sigue siendo un desafío. Los casos de Tuberculosis importados han aumentado, a menudo relacionados con la migración y los desplazamientos internacionales. Esto resalta la importancia de la cooperación internacional en la detección temprana, el tratamiento y el control de la enfermedad.

Epidemiología en España

En el caso de España, la Tuberculosis también sigue siendo un problema de salud pública. Los casos detectados hasta el año 2023 son en su mayoría importados de zonas endémicas, lo que destaca la naturaleza global de esta enfermedad y la necesidad de enfoques colaborativos para su prevención y control. Las autoridades de salud pública y los profesionales médicos en España han estado trabajando para mejorar la detección temprana, el tratamiento efectivo y la educación pública sobre esta grave patología.

Papel del Técnico de Enfermería ante la Tuberculosis

Los técnicos de enfermería desempeñan un papel esencial en la lucha contra la Tuberculosis. Contribuyen significativamente en el diagnóstico, tratamiento y atención a los pacientes. En la fase de diagnóstico, pueden participar en la toma de muestras y pruebas, como las pruebas de tuberculina y las pruebas de diagnóstico molecular. Además, están involucrados en la administración de medicamentos y en el seguimiento del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes. La educación es otra faceta crucial en la labor de los técnicos de enfermería. Pueden informar a los pacientes sobre las medidas preventivas, la importancia de la adherencia al tratamiento y cómo manejar los posibles efectos secundarios de los medicamentos. Además, pueden proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ya que la tuberculosis puede tener un impacto psicológico

significativo debido al estigma asociado y a la duración del tratamiento.

Tratamiento y Desafíos

El tratamiento de la Tuberculosis se basa en el uso de antibióticos específicos durante un período prolongado, generalmente seis meses o más. El cumplimiento riguroso del tratamiento es esencial para prevenir la resistencia a los medicamentos y garantizar la curación completa. Sin embargo, la aparición de cepas resistentes a los medicamentos, como la tuberculosis multidrogorresistente (MDR-TB) y la tuberculosis extremadamente resistente (XDR-TB), ha complicado el manejo de la enfermedad. El tratamiento de estas cepas es más complejo, más costoso y tiene tasas de éxito más bajas.

Además, la pandemia de COVID-19 ha planteado nuevos desafíos en la lucha contra la tuberculosis. Las interrupciones en los servicios de salud, la redirección de recursos y la atención a la COVID-19 han afectado la detección y el tratamiento de la tuberculosis en muchos países.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los avances en la medicina y la investigación, la Tuberculosis sigue siendo una amenaza global para la salud pública. La complejidad de la enfermedad, la aparición de cepas resistentes a los medicamentos y las barreras socioeconómicas en ciertas regiones dificultan su erradicación. Para enfrentar este desafío, se requiere una acción concertada a nivel mundial.

La cooperación internacional, la inversión en investigación y el fortalecimiento de los sistemas de salud son fundamentales para lograr el control y eventualmente la eliminación de la Tuberculosis. Además, los profesionales de la salud, incluidos los técnicos de enfermería, desempeñan un papel crucial en la prevención, detección temprana y tratamiento efectivo de la enfermedad. Su dedicación y esfuerzo son indispensables para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por la tuberculosis y para avanzar hacia un mundo libre de esta enfermedad devastadora.

En resumen, la tuberculosis sigue siendo una enfermedad de importancia global que afecta a personas de todos los rincones del mundo. Aunque se han logrado avances en su diagnóstico y tratamiento, los desafíos son persistentes, como la resistencia a los medicamentos y la interrupción de los servicios de salud.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. 2022. Disponible en: [URL]. Acceso: https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1.
2. European Centre for Disease Prevention and Control .An agency of the European Union.
Disponible en: [URL]. Acceso: <https://www.ecdc.europa.eu/en/tuberculosis>.
3. Zumla A, Raviglione M, Hafner R, et al. Tuberculosis. N Engl J Med. 2013;368(8):745-755. Disponible en: [URL]. Acceso: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23425167/>.
4. Gandhi NR, Nunn P, Dheda K, et al. Multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis: a threat to global control of tuberculosis. The Lancet. 2010;375(9728):1830-1843. Disponible en: [URL]. Acceso: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20488523/>.
5. O'Garra A, Redford PS, McNab FW, et al. The immune response in tuberculosis. Annu Rev Immunol. 2013;31:475-527.
Disponible en: [URL]. Acceso: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23516984/>.
6. Tuberculosis deaths and disease increase during the COVID-19 pandemic. Disponible en: [URL]. Acceso: <https://www.who.int/es/news/item/27-10-2022-tuberculosis-deaths-and-disease-increase-during-the-covid-19-pandemic>.
7. Bermejo M. C., Clavera I., Michel de la Rosa F. J., Marín B.. Epidemiología de la tuberculosis. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 2023 Ago 09] ; 30(Supl 2): 07-19.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400002&lng=es.
8. FARGA C VICTORINO. La conquista de la tuberculosis. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2004 Abr [citado 2023 Ago 09] ; 20(2): 101-108.
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482004000200009&lng=es.
9. García-González R, Cervantes-García E, Reyes-Torres A. Tuberculosis, un desafío del siglo XXI. Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2016;63(2):91-99.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66545>.

Capítulo 158

ERGONOMÍA APLICADA AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

JAIME PONCE ALFARO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

1 Introducción

En el entorno de la salud, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial al brindar atención y apoyo a los pacientes bajo la supervisión de profesionales de enfermería.

La ergonomía es un enfoque multidisciplinario que busca mejorar la calidad de vida y el rendimiento de las personas al crear entornos y condiciones de trabajo que sean seguros, cómodos y eficientes. En el entorno laboral, la ergonomía se aplica para minimizar riesgos de lesiones musculoesqueléticas, fatiga, estrés y otros problemas de salud derivados de una mala adaptación del trabajo al cuerpo humano.

Se centra en diseñar y adaptar los lugares de trabajo, herramientas y tareas para garantizar que se ajusten de manera óptima a las capacidades y limitaciones del

ser humano. Esta disciplina busca minimizar el estrés físico y mental, prevenir lesiones relacionadas con el trabajo y optimizar la eficiencia en la realización de tareas. Es importante destacar cómo la ergonomía puede contribuir a reducir lesiones relacionadas con la atención al paciente y a prevenir el agotamiento físico y mental.

Este capítulo explora la importancia de aplicar principios ergonómicos en la labor diaria de los TCAE, enfocándose en la mejora de la seguridad, el confort y la eficiencia en su desempeño.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la ergonomía aplicada al TCAE.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo se ha basado en la consulta de variadas páginas webs, base de datos y artículos con el fin de ahondar en el tema y conseguir información importante para alcanzar los objetivos descritos en el apartado anterior.

4 Resultados

Recomendaciones específicas para aplicar la ergonomía en el puesto de trabajo de un TCAE:

1. Posición y Mobiliario:

- Asegurar que las superficies de trabajo, como las mesas de preparación de medicamentos, estén a una altura que permita trabajar sin encorvarse ni estirarse demasiado.
- Utilizar sillas ajustables y con soporte lumbar para mantener una postura ergonómica mientras se realiza documentación en el escritorio.
- Evitar el uso prolongado de taburetes altos, ya que pueden causar fatiga y problemas posturales.

2. Movilización de Pacientes:

- Utilizar técnicas de transferencia de pacientes que minimicen el esfuerzo físico, como el uso de sábanas deslizantes o dispositivos de elevación.
- Familiarízate con las técnicas correctas de levantamiento y transferencia, evitando torsiones y cargas excesivas en la espalda.

3. Uso de Equipos y Herramientas:

- Colocar equipos médicos y utensilios esenciales al alcance de la mano para evitar estiramientos o movimientos innecesarios.
- Utilizar calzado adecuado con suelas antideslizantes para prevenir resbalones y caídas.

4. Prevención de Infecciones:

- Seguir las pautas de higiene y protocolos de uso de EPP para minimizar la exposición a patógenos.
- Asegurarse de que los guantes y otros EPP sean de la talla adecuada para evitar la incomodidad y el riesgo de roturas.

5. Organización del Espacio:

- Mantener el área de trabajo organizada y libre de obstrucciones para evitar tropezones y caídas.
- Utilizar carros de suministros ergonómicos que faciliten el acceso y transporte de materiales médicos.

6. Descansos y Postura:

- Fomentar la toma de pequeños descansos para estirar las extremidades y relajar los músculos.
- Variar las posturas y cambiar de posición regularmente para evitar la fatiga muscular y el estrés en las articulaciones.

7. Capacitación y Concienciación:

- Brindar formación sobre ergonomía a los TCAE para que comprendan la importancia de aplicar principios ergonómicos en su trabajo diario.
- Fomentar la comunicación abierta para que los TCAE puedan expresar cualquier problema relacionado con la ergonomía en su entorno laboral.

8. Evaluación y Mejora Continua:

- Realizar evaluaciones periódicas de la ergonomía en el puesto de trabajo y ajustar las condiciones según sea necesario.
- Fomentar el feedback de los TCAE para identificar oportunidades de mejora en términos de diseño del espacio y condiciones laborales.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de principios ergonómicos en el trabajo de los TCAE no solo mejora la seguridad y el bienestar de los profesionales, sino que también contribuye a una

atención de calidad para los pacientes. Al incorporar consideraciones ergonómicas en cada aspecto de su trabajo, los TCAE pueden optimizar su rendimiento y contribuir a un entorno de atención médica más seguro y eficiente. La ergonomía no solo es una herramienta para prevenir lesiones, sino también una filosofía que promueve la calidad de vida tanto para los profesionales como para los pacientes en el ámbito de la salud.

Ambientes laborales mal diseñados pueden llevar a problemas de salud crónicos, disminución de la moral, ausentismo y baja productividad. Por otro lado, un enfoque ergonómico adecuado puede mejorar la satisfacción laboral, elevar la concentración, fomentar la creatividad y elevar la producción general de la empresa.

6 Bibliografía

<http://ergonomos.es/ergonomia.php>

<https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-ergonomicos>

https://idearainvestigacion.es/wp-content/uploads/2014/05/Guia_Ergonomia.pdf

<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3384/1/Ros%20Mart%C3%ADnez%2C%20Ana%20M%C2%AA%20TFM.pdfH.pdf>

Capítulo 159

LA IMPORTANCIA DEL LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

AZUCENA GOMEZ MIGUEL

1 Introducción

La UCI o también denominado unidad de cuidados intensivos (UCI), se trata de un servicio multidisciplinar en el que el trabajo que realizamos y la coordinación con los demás profesionales sanitarios es fundamental para poder dar una atención intensiva y de manera continuada a los pacientes que tengan un mal estado de salud e intervenga en la recuperación.

En todos los servicios del hospital las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son muy amplias y diversas, en la UCI nos encargaremos de preparar el preingreso del box y también de aquellos pacientes que les hayan dado el alta, realizarle los cuidados básicos de enfermería. Otras funciones son administrar los medicamentos orales y rectales, prepararemos zona de aislamiento si es necesario para ese paciente, siempre ayudaremos y trabajaremos combinado con el equipo médico y de enfermería, realizaremos las ABVD tales como el aseo diario, la hidratación, hacer la cama; dar, recoger y desinfectar el material y en último lugar, la función más imprescindible es dar atención y apoyo psicológico a nuestros pacientes y sus familias dado que van a pasar una mala racha, llenas

de miedo,incertidumbre,estados de ansiedad,nervios,negatividad,etc., por lo que debemos conseguir que tanto los pacientes como la familia vea a los TCAE como alguien cercano y familiar contando con nuestro apoyo en estos momentos difíciles.

2 Objetivos

El objetivo principal es describir las distintas funciones del TCAE en la UCI, no solo a nivel de cuidados físicos, sino también apoyo psicológico tanto al paciente como a sus familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

Según lo mencionado anteriormente, el TCAE tiene diversas funciones en la UCI, las cuales son muy importantes para el paciente ,y los demás profesionales sanitarios dado que el estado de salud es crítico y supone una amenaza para su vida por diversas razones, puede ser por enfermedad que es crónica o por accidente. El auxiliar de enfermería es el que se encarga desde que el paciente es ingresado en box hasta que es dado de alta.

A continuación, explicaremos las distintas funciones que el TCAE tiene en la unidad de cuidados intensivos.

- 1.Se debe revisar y comprobar que la identificación de nuestros pacientes es correcta para que no haya confusiones y errores
- 2.Realizaremos aseo diario y la realización de la cama de los pacientes, nos ayudarán otros compañeros TCAE o celadores
- 3.Debemos controlar los cambios posturales y hacerlos cada dos horas, debe vigilarse si el paciente tiene o pueda tener alguna úlcera por presión

- 4.Hacer los cambios de pañal si lo tienen u ofrecerle una cuña, en caso que esté sondado se le cambiará la bolsa de diuresis
 - 5.Almacén ordenado
 - 6.Control de la lencería para tener todo lo necesario en todo momento
 - 7.Control de la nutrición, conoceremos todos los distintos dispositivos de nutrición asistida y nos encargaremos de repartir la comida en bandejas y después de recogerlas y llevar el carro a cocina
 - 8.Tomaremos constantes vitales y apuntamos todo en el historial médico
 - 9.Limpiamos, desinfectamos y esterilizamos todos los materiales que hayan sido usados
 - 10.Limpiaremos los carros de curas, reponiendo el material que se precise y que siempre esté listo para diferentes turnos o posibles urgencias
 - 11.Administramos medicación, pero solo vía oral o rectal
 - 12.Nos aseguramos de que las medidas de aislamiento estén correctas
 - 13.Trabajar en equipo y de manera coordinada con los diferentes profesionales sanitarios, también apoyaremos a las familias a decirles en que box se encuentra su familiar, los horarios de visitas,etc.
 - 14.Siempre que un familiar sea dado de alta de un box o sea subido a planta, inmediatamente debemos limpiar y desinfectar ese box para posibles ingresos.
- Son diversas las funciones que debemos realizar, pero también hay alguna que no se puede hacer dado que conlleva riesgo y nosotros no estamos formados para realizarlo tales como administrar medicación por vía parenteral ,no realizar ningún tipo de prueba y no poner inyecciones aunque la supervisora nos lo pida. Se deben seguir correctamente los protocolos establecidos para el TCAE.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene un papel importante en la UCI, dado que somos imprescindibles y otros profesionales sanitarios para ayudar tanto a los pacientes como a los familiares, se debe trabajar y aprender a trabajar en equipo y muy coordinado con todo el personal porque cuanto mejor nos coordinemos mejor será el cuidado a nuestros pacientes para su mejoría.

En conclusión, no es nada fácil trabajar en la unidad de cuidados intensivos dado que veremos cosas desagradables y casos extremos ,por lo que es esencial brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias en esos momentos tan difíciles que están pasando y somos su gran apoyo.

6 Bibliografía

Investigación, R. S. (2022, September 30). El TCAE en uci (unidad de cuidados intensivos). ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tcae-en-uci-unidad-de-cuidados-intensivos/>

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. (2022, June 16). III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” <https://congresosicepa.com/tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-uci/>

Ocronos, R. (2022, February 16). El papel que desempeña el TCAE en la UCI y la importancia de su trabajo para el buen funcionamiento de ésta. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/importancia-tcae-uci/>

Capítulo 160

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

El trabajo del técnico Auxiliar de cuidados de enfermería varía según en el servicio del centro sanitario en el que se encuentra. Podemos decir de una manera amplia y generalizada que el auxiliar de enfermería tiene unas competencias profesionales que debe cumplir con funciones complementarias de la atención sanitaria. El Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) cumple un rol de carácter asistencial, su principal misión es la de apoyar en la atención de los pacientes en las diversas áreas sanitarias especializadas que existen en los centros sanitarios.

Una función primordial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en planta consiste en ayudar en todo momento a los pacientes que tienen reducidas sus actividades básicas diarias y que no pueden desempeñar por sí mismos. Como puede ser el aseo diario bien sea en cama o ducha. También el afeitarse o simplemente lavarles el pelo, ya que con esto se consigue un mejor bienestar del paciente.

En cada planta de hospitalización según el área que trata la planta, cirugía, partos, ginecología, traumatología, etc. las labores a desempeñar por el técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son distintas, algunas tareas como las mencionadas anteriormente son comunes pero otras son específicas según en la planta en la que nos encontramos.

2 Objetivos

Describir cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la planta de hospitalización.

Dar a conocer todos sus cometidos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PUBMED, MEDLINE, Y SCIELO, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas

4 Resultados

La planta hospitalaria o área de hospitalización es el espacio a cargo del departamento de enfermería, atendido por turnos, durante las 24 horas del día. Los pacientes que por indicación médica deben de ser hospitalizados para recibir los cuidados y atenciones necesarias para su rápida recuperación de la salud.

Las funciones principales del Técnico en cuidados Auxiliares de enfermería en planta de hospitalización consisten en un apoyo o ayuda al personal de enfermería o facultativo médico. Como, por ejemplo, llevar un registro de la toma de líquidos y la temperatura del paciente, realizar diariamente el aseo del paciente

que no pueda realizarlo por sí solo. Solicitar al servicio de cocina el tipo de dieta que no ha indicado el nutricionista del centro sanitario según la patología que tenga el paciente.

En su labor diaria los TCAE deben de realizar como ya se ha indicado antes cuidados en la higiene del paciente ayudando en todo momento al paciente a realizarlas, tanto en su higiene como en el cambio de lencería.

También es otra de sus funciones el poner enemas por indicación del facultativo correspondiente bien sea directamente o por sonda rectal. Otra función del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es ayudar al paciente a comer si no lo pueden hacer por ellos mismos, empezando por llevarles la dieta indicada a la habitación.

Otra de sus labores más importantes consiste en comunicar a los celadores las diferentes tareas fijadas por enfermería para su realización individual o en equipo. Para realizar un aseo o un cambio postural o también levantar al paciente pediremos ayuda a un celador. Este bajo nuestras indicaciones o las indicaciones de enfermería nos ayudará en todo momento a conseguir que el paciente se sienta lo más cómodo posible en su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la labor del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en planta de hospitalización, ya que son numerosas las funciones que este realiza. Debe de tener una formación muy especializada en este servicio, ya que realiza numerosas funciones como por ejemplo solicitar a cocina el tipo de dieta del paciente y estar pendiente que este paciente no tome otro tipo de alimentación. A su vez también administra enemas bien directamente o por sonda rectal y para ello necesita una formación especializada para no dañar al paciente. Se encarga también de que el paciente se encuentre lo más cómodo posible.

En definitiva, el trabajo del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto con todo el equipo multidisciplinar es muy importante para llevar a cabo las funciones a realizar en planta de hospitalización.

6 Bibliografía

- Ingesa, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (1973, 26 abril). Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de Las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

- BOE.es, Boletín Oficial del Estado (1995, 5 junio). Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.

Capítulo 161

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales se consideran un factor importante de morbimortalidad que ocasionan unos elevados costes sociales, económicos y laborales, alterando sobre todo la calidad de vida de los pacientes. La principal medida de lucha contra las infecciones es la limpieza, pero si hacemos alusión a la infección nosocomial, no solo bastaría con una simple limpieza, sino que deberá de completarse el proceso con una desinfección y esterilización del material quirúrgico. Este proceso metódico de limpieza, desinfección y esterilización del material debe ser riguroso y realizarle a cada instrumento el proceso adecuado según proceda dadas sus características.

El personal de enfermería y sobre todo los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de este proceso

y control del mismo. De ellos dependen que la cadena de limpieza-desinfección y esterilización se realice de acuerdo a los protocolos de cada centro y recomendaciones de los fabricantes.

Eliminación de agentes infecciosos y sustancias orgánicas, mediante fregado y lavado con agua, jabón o un detergente adecuado o mediante aspiración, de superficies en las cuales estos pueden encontrar condiciones óptimas para sobrevivir y multiplicarse.

Eliminación o destrucción de microbios perjudiciales, pero que habitualmente no son esporas bacterianas. Habitualmente se realiza mediante la utilización de calor o sustancias químicas

2 Objetivos

Conocer y analizar los distintos tipos de esterilización y materiales que se pueden esterilizar. Otro objetivo es saber que es y para qué se utiliza la esterilización y la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica a cerca de técnicas de sondaje vesical en enfermería en las principales bases de datos y en los siguientes buscadores: Google Académico y The Cochrane Library. De esta forma se ha extraído la información necesaria para llevar a cabo este trabajo.

4 Resultados

Esterilización.

Proceso por el que se eliminan de microorganismos vivos, incluidas las esporas un material o los tejidos. Puede realizarse mediante métodos por calor, radiaciones, sustancias químicas o filtraciones. La esterilización y desinfección terminal son procedimientos que se llevan a cabo para destruir los patógenos al final de un procedimiento invasivo. Los residuos orgánicos y la biocarga microbiana (número de microorganismos que se pueden encontrar en un objeto o en el ambiente de un determinado momento) se reducen sustancialmente a través de una limpieza profunda del instrumental empleado en las intervenciones quirúrgicas, antes de que vuelva a ser empaquetado y preparado para la esterilización.

Una vez que el instrumental ha salido del quirófano debe de limpiarse lo antes posible, para evitar que se seque la sangre y/u otros fluidos o materiales orgánicos que dificulten la limpieza y desinfección del mismo.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe recoger todo el instrumental y materiales que se han introducido en quirófano hayan sido utilizados o no y proceder a su limpieza. El instrumental utilizado debe ser bañado en una solución formada por un producto desinfectante y por uno de limpieza con efecto de desinfección comprobada.

Para realizar un óptimo proceso de limpieza del instrumental el Técnico en Cuidados

Auxiliares de Enfermería tendrá en cuenta que:

- Se desmontarán aquellos instrumentos que tengan partes desmontables.
- Se deben abrir todas las articulaciones que tenga el material.
- Los instrumentos afilados punzantes (tijeras) y delicados (microcirugía y oftalmología), se limpiarán siempre a mano.
- Los instrumentos tubulares se deben aclarar primero con agua a presión, para que arrastre las sustancias pegadas a sus paredes interiores e incluso se pasará por el interior de los tubos un cepillo para que queden limpios comprobando permeabilidad.

Los materiales que se esterilizan se deben de preparar según sus características y duración, para ello se clasifican en:

- Materiales fungibles. Se caracterizan porque se deterioran con el uso, son frágiles en algunos casos y tienen una vida corta. Pueden ser desechables, es decir, de un solo uso, o bien reutilizables después de una limpieza adecuada y esterilización posterior. Forman parte de este grupo el material de vidrio, sondas, bisturí, tijeras, pinzas, etc.
- Material inventariable. Son materiales que tiene una vida larga. Debido a esto forman parte del inventario del centro, aunque sufran desgaste o deterioro. Se refiere al mobiliario en general (camas, mesitas, sillas, vitrinas, aparatajes o máquinas, etc.).

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN

No debe considerarse ningún método de esterilización mejor que otro, ya que todos son eficaces y la elección de uno de ellos ha de hacerse en base al material a esterilizar (tipo, cantidad, etc.), a los medios económicos a la central de esterilización y al hospital en su conjunto.

MÉTODOS FÍSICOS MÉTODOS QUÍMICOS

Térmicos:

- Aire caliente-calor seco (estufa Poupinel).

- Vapor a presión-calor húmedo (autoclave).
- Radiaciones no ionizantes (microondas).

Químicos:

- Esterilización por vapor a baja temperatura y formaldehído (VBTF).
- Gas de óxido de etileno.
- Otros: plasma/ vapor de peróxido de hidrógeno, ozono, solución de ácido acético
- Radiación ionizante (rayos gamma). glutaraldehído, etc.

A continuación enumeraremos los métodos de esterilización más frecuentes, destacando sus características, ventajas, inconvenientes, materiales indicados, etc.

Esterilización por calor húmedo (Autoclave).

Este es un método de esterilización por vapor de agua. Se considera el método de esterilización más económico, sencillo y seguro de los existentes. El calor húmedo en forma de vapor saturado a presión es muy eficaz para la destrucción de toda forma de vida microbiana, incluso las esporas. La acción esterilizante se produce por el doble efecto de calor y humedad.

El contacto directo con el vapor saturado es la base de los procesos de esterilización por vapor. Este debe penetrar en cada fibra y a través de toda la superficie de los objetos que van a ser esterilizados durante un determinado tiempo a la temperatura necesaria. Cuando el vapor entra en la cámara esterilizadora bajo presión, se condensa al hacer contacto con los objetos fríos. Esta condensación libera calor, calentando y humedeciendo simultáneamente todos los objetos cargados, y proporcionando así los dos requisitos: temperatura y humedad.

Al finalizar el ciclo de esterilización, la reevaporación del agua condensada debe secar eficazmente el contenido de la carga para mantener la esterilidad.

Una modalidad de calor húmedo son los esterilizadores a presión de alta velocidad.

Se le conocen también con los nombres esterilizadores flash o miniclave y tienen una capacidad inferior a 54 litros. Los materiales que se esterilizan mediante esta técnica se someten a una temperatura alrededor de 135 °C durante un tiempo que puede oscilar entre los 12 minutos para instrumental metálico y 15 minutos para objetos que contengan caucho. El material a esterilizar no ha de ser poroso ni estar envasado en papel o plástico.

Este esterilizador sólo debe emplearse en situaciones de urgencia de necesidad de material. Los materiales que se pueden esterilizar mediante este proceso esterilizador son: materiales metálicos, contenedores quirúrgicos, instrumental de curas, materiales textiles (ropas de quirófano, vendas), materiales de vidrio, y

numerosos materiales de plástico y gomas. **ENTAJAS INCONVENIENTES**

- Sencillo.
- Económico.
- Rápido y seguro.
- Controles automáticos.
- No tóxico.
- Se deben tomar precauciones al empaquetar y preparar los objetos.
- El vapor puede no ser puro.
- Estropea los cortes del instrumental de filo.
- Deteriora los materiales de goma o plástico.

Para esterilizar los objetos deben sumergirse en solución durante un tiempo especificado por los fabricantes para que resulte esporicida.

Como soluciones de esterilizantes químicos más comunes tenemos el ácido acético, formaldehído, glutaraldehído y ácido peracético.

El tiempo necesario para la esterilización varía según la actividad esporicida del agente químico.

VENTAJAS INCONVENIENTES

- Penetra fácilmente en las grietas.
- Se aclara rápidamente, no es corrosivo, no tiñe, no lesiona las lentes ni los endoscopios.
- No se absorbe por los plásticos ni las gomas, presenta baja volatilidad y es estable.
- Los objetos deben enjuagarse perfectamente con agua destilada esterilizada antes de usarlos.
- El transporte estéril es difícil, ya que los objetos quedan húmedos, y no van a poder mantenerse en almacenes estériles a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es muy importante en el servicio de esterilización, ya que debe de conocer el funcionamiento de los métodos de esterilización para que el material esterilizado tenga una esterilización correcta.

En el servicio de esterilización se requiere usar una vestimenta especial y que no puede salir de ese servicio, normalmente este servicio se encuentra anexo al bloque quirúrgico.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de recepcionar el material que es llevado por el celador para esterilizar y empieza el proceso de esterilización lavando el material en lavadoras automáticas.

6 Bibliografía

Guillamás C, Gutiérrez E, Hernando A, Méndez M.J, Sánchez-Cascado G, Torde-sillas L.

Limpieza, desinfección y esterilización del material e instrumental sanitario (Higiene del medio hospitalario y limpieza de material). Ed. Editex. 2017

Romero A. Limpieza, desinfección y esterilización (Atención higiénica). Ed. Edi-tex. 2014

Reyes Gómez, E. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. Ed. El

Manual Moderno. 2015

Sisniegas Charcape, G.E. Métodos de Esterilización Y Desinfección. Ed. EAE. 2012
32 Tema 1. Unidad de esterilización

Murray, P.R, Rosenthal, K.S, Pfaller, M.A. Microbiología médica. Ed. Elsevier Health Sciences.
2017

Picazo de la Garza, J.J, Prieto Prieto, J. Compendio de microbiología. Ed. Elsevier España,
2016

Sánchez Jiménez C, Arriaza Romero, P.D, Granados León, S. Atención higiénica. Ed. Paraninfo,
S.A. 2014

Arriaza Romero, P. D, Granados León, S, Sánchez

Capítulo 162

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

Hoy en día las urgencias pediátricas están mucho mas demandadas que las de los adultos. Dentro de cualquier ámbito sanitario es de veraz importancia la comunicación con el paciente y sus familiares. La comunicación que debemos de tener los profesionales de la salud para realizar nuestro trabajo, es una herramienta muy importante, el personal auxiliar de enfermería debe conocer la técnica a seguir, así como las normas básicas de comunicación con el niño y su familia. Esto le será de gran utilidad cuando se enfrente a su trabajo diario con pacientes pediátricos.

En muchas ocasiones la atención pediátrica en urgencias requiere de una gran atención, sobre todo la observación.

La valoración inicial puede realizarse en una situación caótica, bajo la mirada y nerviosismo de la familia, que suele tener un alto grado de tensión, en la cual se hace difícil maniobrar correctamente y pensar fríamente qué puede ser lo correcto en ese momento.

En el capítulo que se va a desarrollar a continuación se describen las funciones que debe de realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las urgencias pediátricas. Algunas no son técnicas propias en la actuación de un auxiliar de enfermería, pero al formar parte del equipo multidisciplinar es conveniente conocerlas, ya que en muchas ocasiones se debe de saber si se está realizando bien o mal la atención sanitaria pediátrica urgente.

2 Objetivos

Conocer el campo de las urgencias pediátricas y en concreto las funciones que llevará a cabo el auxiliar de enfermería. Además de conocer los casos más frecuentes por los que se acude a urgencias pediátricas. Dar a conocer la correcta actuación por el TCAE.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de diversos artículos científicos, incluidos en las referencias, sobre las funciones que debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Pediatría. Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PUBMED, MEDLINE, Y SCIELO, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas.

4 Resultados

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de saber en cada momento cuál es la correcta actuación, se deben de tener en cuenta una serie de actuaciones como:

- Respetar la intimidad del niño: implica que cuando se deba de explorar al niño debe estar solo con el sanitario y sus padres. Se debe de atender a su expresión

verbal y corporal, se debe de tener una empatía y conseguir la confianza por parte del menor, para que exista una rápida recuperación.

Ahora pasaremos a enumerar las funciones del TCAE con respecto al niño:

- Debe de tomar las constantes del menor con ayuda del enfermero
- Intentar tranquilizar al niño
- Recoger las muestras del niño, orina, sangre, heces, etc. y llevarlas al laboratorio.

Los casos más frecuentes por los que se acude al servicio de urgencias son:

FIEBRE

La fiebre suele ser un síntoma en los procesos infecciosos, trastornos metabólicos etc.

Lo primero que se debe de hacer ante un niño con fiebre es desnudarlo, siempre en presencia de los padres. El auxiliar de enfermería podrá aplicar medios físicos para bajar la fiebre, en caso de que esta no bajase ya se le pondría medicación al niño. Si la hipertermia es muy severa, se puede llegar a cuadros convulsivos.

BRONQUIOLITIS

Es una enfermedad aguda de origen viral que suele afectar a niños menores de dos años. Se caracteriza por una obstrucción de la vía aérea secundaria, por la inflamación de la mucosa y por la formación de tapones mucosos a nivel de los bronquiólos.

Suele comenzar con catarro de las vías altas hasta llegar a sibilancias.

Aquí el auxiliar de enfermería deberá colocar al paciente en posición de sentado o semisentado y si es necesario le aplicará oxígeno, siempre bajo las indicaciones del médico facultativo.

TRAUMATISMOS

Es otra de las causas más frecuentes en niños, sobre todo por caídas accidentales, el TCAE deberá de reducir al niño en caso de que haya habido una luxación o pedir ayuda al celador.

5 Discusión-Conclusión

La actuación de todo el personal del servicio de urgencias determina la posterior evolución de los pacientes con patologías urgentes que llegan al hospital. Todos y cada uno de ellos, desde el personal de limpieza al administrativo, son fundamentales y necesarias para una actuación eficaz y rápida ante las urgencias pediátricas. Es fundamental unificar los criterios y protocolos, ya que así se facilita el aprendizaje, se agiliza la estancia del paciente pediátrico, se evitan

posibles olvidos y se protege ante reclamaciones que no prosperarán si se actuó según lo establecido.

El TCAE debe de conocer las técnicas y tratamientos que se aplican en las urgencias pediátricas. El papel del TCAE es fundamental. Siempre son importantes sus cuidados con cualquier tipo de paciente, sobre todo con los pacientes pediátricos. El Auxiliar, como persona profesional y responsable que es, debe estar perfectamente formada para el trabajo que va a desempeñar y ser conocedora de todas las técnicas especiales que puedan ser requeridas en caso de emergencia.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/neonatologia>
2. www.segurneo.es/
3. <https://www.resviata-portalesmedicos.com>
4. www.hospitalregionaldemalaga.es

Capítulo 163

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA OXIGENOTERAPIA

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

1 Introducción

Nuestros cuerpos requieren el oxígeno gaseoso para funcionar correctamente en nuestros cuerpos. Los niveles de oxígeno en la sangre y los tejidos disminuyen debido a algunas afecciones médicas. Los intercambios de oxígeno y dióxido de carbono ocurren durante la respiración de carbono con el aire, ya que producimos oxígeno del aire y liberamos dióxido de carbono. Cuando la mayor parte del oxígeno inhalado realiza un proceso en el que crea el compuesto conocido como oxihemoglobina cuando se combina con la hemoglobina se encarga de llevar el oxígeno a los distintos tejidos del organismo. Para los procesos oxidativos celulares, el oxígeno es crucial.

Un trastorno funcional del sistema respiratorio conocido como insuficiencia respiratoria puede resultar de una variedad de condiciones. Un paciente que recibe

oxigenoterapia recibe aire con una concentración predeterminada; esta concentración debe ser siempre superior a 21 por ciento de oxígeno para aumentar la cantidad que esté en la sangre y los tejidos. Dado que el egresado de enfermería debe ser informado inmediatamente de cualquier signo anormal que suframos, en este capítulo discutiremos las funciones del Auxiliar de Enfermería (AN) en relación a esta terapia. También será útil conocer los beneficios, los riesgos y los propósitos de la oxigenoterapia.

2 Objetivos

Dotar al personal auxiliar de enfermería de los conocimientos necesarios para el desempeño de sus funciones en un hospital será uno de los principales objetivos de este trabajo estos son:

- Ser consciente de las diferentes formas en que se administra el oxígeno.
- Familiarizarse con los patrones de comportamiento relacionados con el uso.
- Reconocer los patrones de conducta recurrentes del paciente enfermo.
- Reconocer la importancia de ejercer la debida precaución en el uso de la oxigenoterapia.

3 Metodología

Para avanzar en el desarrollo de este capítulo se realizó una investigación que involucró la revisión bibliográfica de libros didácticos. Además de usar palabras clave como "oxígeno", "terapia de oxígeno" y "seguridad del oxígeno" en una búsqueda de Google para encontrar información.

4 Resultados

En cuanto al equipo utilizado en la oxigenoterapia, el auxiliar de enfermería debe apegarse a las siguientes normas:

- Evitar aplicar materiales inflamables al paciente, como aceite, alcohol u otros.
- Eliminar posibles fuentes de ignición próximas al aparato de oxigenoterapia.
- Verificar la cantidad y calidad del oxígeno a administrar. Cuando una indicación médica ocasione la suspensión de un régimen, se debe trabajar con un egresado de enfermería para cerrar la llave de paso del flujómetro o la llave de paso de la bala de oxígeno y retirar el material que fue utilizado. Después de eso, debe limpiar y colocar el material.

- Si el humidificador necesita más agua, agregue más o, si es para un solo uso, reemplace el agua.
 - Dado que los materiales para la oxigenoterapia son una fuente potencial de infección para el paciente, ayudar en su cambio y reposición.
 - Verifique que el tubo conector que conecta al paciente y la fuente de oxígeno esté recto, las normas de conducta del auxiliar de enfermería con relación al paciente las siguientes personas están recibiendo oxigenoterapia:
 - Continúe monitoreando al paciente porque los pacientes con insuficiencia respiratoria hipercápnica que reciben oxígeno pueden experimentar una interrupción en la ventilación.
 - Vigile la frecuencia, el ritmo y la amplitud de la respiración.
 - Verificar que no exista dificultad respiratoria.
 - Controle su presión arterial y pulso regularmente.
 - Revisar al paciente para ver si está sudando.
 - Examinar el nivel de conciencia y la aparición de dolores de cabeza.
 - Se debe controlar la concentración de oxígeno si el paciente está recibiendo oxigenoterapia a través de una incubadora porque puede provocar retinopatía e incluso ceguera en los niños.
 - Para prevenir un estado de ansiedad y agitación, tranquilizar y apoyar al paciente.
 - Ayudar al paciente a exhalar completa y profundamente.
 - Mantener la posición adecuada del paciente, que suele ser la de Fowler.
 - Verificar la tolerancia del método que se está utilizando.
 - Vigile la entrada de oxígeno del paciente mientras evita que el paciente se quite la máscara.
 - Preste atención al hecho de que la concentración de oxígeno no cambia a menos que sea médicamente necesario.
- Es importante tener precaución al administrar oxígeno. Las siguientes son algunas acciones que deben tomarse:
- Verificar que la zona donde se administra el tratamiento en altas concentraciones esté libre de chispas o llamas. Se puede iniciar un incendio de inmediato con una pequeña chispa o una fuente de calor. Lo mejor es evitar fumar, evitar aplicar alcohol o aceite a los pacientes porque pueden incendiarse y vigilar cualquier equipo eléctrico.
 - Inspeccione el nivel de agua del humidificador para evitar la sequedad e irritación de las mucosas.
 - Se debe tener cuidado al manipular cilindros de oxígeno o balas. asegurándose de que no haya fugas en el suministro de oxígeno.

- Controle la cantidad de oxígeno que se administra siguiendo las recomendaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el papel del auxiliar de enfermería es conseguir que el paciente se sienta lo más tranquilo posible creando un ambiente agradable y confortable y evitando posibles complicaciones. Debe estar familiarizado con las herramientas necesarias para la administración de oxígeno (central de oxígeno, balas de oxígeno, bombas portátiles o de mochila, reductoras de presión, flujómetro o flujómetro y humidificadoras), así como con los métodos (cánulas o gafas nasales, máscara facial, máscara de traqueotomía, incubadoras y ventiladores). También hay que extremar las precauciones y vigilar el buen uso y mantenimiento del material porque es esencial para la correcta administración de oxígeno y la eficacia del tratamiento recomendado por el médico a cargo.

6 Bibliografía

- <http://www.atensalud.com/2012/11/oxigenoterapia.html>
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/oxigenoterapia.htm#siete>

Capítulo 164

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

1 Introducción

La higiene del bebé es muy importante y necesaria porque le ayuda a sentirse tranquilo, fresco y lo más importante, beneficia su salud. Cada parte del cuerpo requiere un cuidado especializado porque descuidarla puede tener riesgos. La piel del bebé es extremadamente delicada porque, a diferencia de cuando está dentro del vientre de su madre, donde está su cuerpo, cuando un recién nacido entra en contacto con el mundo exterior, debe pasar por un proceso de adaptación. Al nacer, está cubierto por una capa de células y grasa, pero esta capa solo ofrece una protección temporal. Las escamas y el enrojecimiento de la piel se renuevan con el paso de los días, especialmente donde hay pliegues. Cuando termina esta

etapa, la piel se vuelve flexible, resistente y elástica. Para que esto ocurra con éxito, es importante exponerse lo suficiente al sol, elegir las cremas adecuadas y, por último, pero no menos importante, usar ropa que entre en contacto con el bebé. Los padres o tutores deben proporcionar un ambiente limpio. Dado que la piel es el órgano que sirve de barrera contra las infecciones, protege los órganos internos y regula la temperatura, debe limpiarse tanto en el baño como en la ropa, así como en todo su entorno para prevenir posibles enfermedades.

2 Objetivos

Velar por el confort y el bienestar del recién nacido, mantener en buen estado la piel del recién nacido y prevenir posibles enfermedades e infecciones.

3 Metodología

Para completar este trabajo, se realizó un análisis bibliográfico de todos los libros científicos publicados para identificar los argumentos más sólidos y los hallazgos más convincentes PubMed, Medline Plus, Scielo y Google Scholar estuvieron entre las bases de datos utilizadas.

4 Resultados

El cordón umbilical generalmente se desprende después de una semana de vida y, hasta ese momento, no debe sumergirse en agua para evitar infecciones en el área. Debe mantenerse siempre seco y sin manchas. Cada vez que se moje o necesite cambiar el pañal, así como después de la limpieza, debe cuidarse. Se limpia con antiséptico (alcohol 70°) y se cubre con gasa estéril. Dado que la povidona yodada puede ser absorbida por el recién nacido y cambiar, nunca se usará. Debe ser sencillo de poner y quitar, sin botones porque puede haber riesgo de atragantamiento, holgado y cómodo para que el niño pueda moverse libremente, y fabricado con materiales naturales. Nunca se debe usar ropa sintética porque puede ser dañina y causar reacciones alérgicas. El bebé se colocará en una cuna fija que no se mece, pero que tendrá ruedas para que podamos moverlo. El bebé estará cubierto con ropa delgada y liviana. Será un colchón firme cubierto de tela para su protección. impermeable. El protocolo de actuación de un TCAE es el siguiente:

- Lavado de manos y colocación de guantes.

- Asegúrese de que la información esté lista y sea de fácil acceso.
- Inicia tu rutina de higiene sin jabón lavándote la cara y la cabeza. Frota las áreas más sucias ligeramente para terminar.
- No se le colocará un hisopo del canal auditivo.
- Se realizará limpieza externa en las fosas nasales.
- Desde el ángulo interno hacia el externo, se limpiarán los ojos con una gasa humedecida con solución salina.
- Secar delicadamente.
- Aplicar crema hidratante en la piel.
- Cortar el cordón umbilical y curarlo.
- Si es necesario, recorte las uñas.
- Antes de vestirse, pesar.
- Ponle el pañal.
- Ponerle ropa adecuada.
- Ponlo en la cuna.
- Recoger la información.
- Explique sus observaciones a la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los hábitos y estilos de vida saludables es la limpieza. Dado que los recién nacidos dependen del técnico auxiliar de enfermería durante sus primeras horas de vida, se vuelve de suma importancia para ellos. Sin una higiene adecuada, pueden desarrollarse enfermedades a medida que el cuerpo pierde su capacidad para combatirlas. La función del TCAE es mantener limpio al infante. Para que la piel pueda realizar sus funciones de manera eficaz, se deben mantener las mejores condiciones de defensa, junto con una higiene ideal. Es más probable que se produzca un rasguño en la piel, los ojos o las membranas mucosas si las uñas son largas y están sucias. Puede servir como punto focal para heridas y como punto de entrada para patógenos que pueden provocar infecciones. Mantener las vías respiratorias despejadas y libres de mocos favorece la salud, el sueño nocturno y favorece la succión de los alimentos. Para evitar la irritación, el área del pañal debe hidratarse y limpiarse a diario. Dado que pueden ocurrir infecciones, la higiene del cordón umbilical es crucial llamadas onfalitis, son extremadamente graves en los recién nacidos y requieren hospitalización.

6 Bibliografía

- <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/cuidados/la-higiene-delrecien-nacido>.
- <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/aseo-en-recien-nacido>.
- <https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-el-cuidado-atenciondel-articulo-S1695403309004378>

Capítulo 165

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

1 Introducción

Los profesionales sanitarios conocidos como técnicos auxiliares de cuidados de enfermería (TCAE) juegan un papel fundamental en la atención al paciente. Son responsables de ayudar a los pacientes con su higiene personal, movilidad, nutrición y otros cuidados esenciales, lo que hace que su trabajo sea esencial para la industria del cuidado de la salud.

El TCAE desempeña un papel fundamental en los consultorios de ginecología y obstetricia. Las mujeres acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia para recibir atención médica para su salud sexual y reproductiva. Allí, los TCAE juegan un papel fundamental en la asistencia al ginecólogo u obstetra en las

distintas pruebas y procedimientos que se realizan, así como en el cuidado y comodidad de la paciente.

Dependiendo del tipo de consulta y de la salud de la paciente, los roles y la autoridad del TCAE en las consultas de ginecología y obstetricia pueden cambiar.

Recibir y preparar a la paciente, realizar pruebas diagnósticas, asistir en el seguimiento del embarazo, ayudar en los cuidados del parto y posparto y cuidar la lactancia son solo algunas de sus posibles funciones.

En conclusión, el TCAE es fundamental para el tratamiento de la mujer en las clínicas de ginecología y obstetricia. Su gama de habilidades y responsabilidades requiere capacitación especializada en el campo, así como el conocimiento y la experiencia necesarios para brindar atención de alta calidad cerca del paciente.

2 Objetivos

Conocer la importancia de la formación especializada y las habilidades técnicas y de comunicación del TCAE en su labor en la atención ginecológica y obstétrica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó como parte de la investigación una exhaustiva revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Se han encontrado artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas revisadas por pares mediante una búsqueda sistemática de libros y artículos en las tres principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

En el campo médico de la ginecología y obstetricia, el Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería (TCAE) juega un papel fundamental.

Su trabajo en el cuidado del paciente involucra una variedad de habilidades y deberes, que incluyen:

- Preparación y recepción de pacientes: El TCAE da la bienvenida a la paciente y se desplaza con ella a la consulta. Es crucial que el TCAE trate al paciente con amabilidad y respeto durante todo este proceso para fomentar un ambiente acogedor.
- Asistencia en la realización de exámenes ginecológicos: El TCAE colabora con el especialista en la realización de los exámenes ginecológicos, lo que incluye la

preparación del material necesario.

- Atención prenatal: El TCAE es fundamental para realizar controles prenatales durante el embarazo. De acuerdo con las órdenes del médico, el TCAE también trabaja con otros profesionales médicos para realizar ecografías y administrar medicamentos.
- Atención del parto: el TCAE ayuda al obstetra y al ginecólogo durante el parto y ofrece apoyo emocional a la paciente. Además, asiste en el parto y en la atención inmediata del recién nacido.
- Atención posparto: Posterior al parto, el TCAE ayuda en el cuidado de la madre y del bebé realizando tareas como toma de signos vitales, administración de medicamentos y cuidados de enfermería.
- Cuidado de la lactancia materna: El TCAE trabaja en conjunto para apoyar el cuidado de la lactancia materna al educar y asesorar a la madre sobre cómo alimentar a su bebé y brindarle otros cuidados necesarios.

Para desempeñar estas funciones y competencias de manera eficaz y segura, el TCAE debe contar con una formación especializada en ginecología y obstetricia. También necesita estar cerca del paciente para brindar una atención de alta calidad, por lo que debe tener habilidades técnicas y de comunicación.

En la atención ginecológica y obstétrica, el TCAE es fundamental, trabajando en conjunto en una variedad de proyectos para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes.

Para poder brindar a los pacientes una atención completa y de alta calidad, su trabajo requiere un cierto nivel de capacitación, así como habilidades técnicas y de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE colabora en una variedad de roles y competencias para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes, desempeñando un papel crucial en la atención ginecológica y obstétrica.

Necesitan capacitación especializada, conocimientos técnicos y habilidades de comunicación para brindar atención de alta calidad y cercana al paciente, al tiempo que ayudan con los exámenes ginecológicos, la atención prenatal, la atención del parto, la atención posparto y la lactancia.

Debe destacarse la importancia del trabajo del TCAE en este campo y su lugar en el equipo multidisciplinario de salud que brinda atención ginecológica y obstétrica. Para brindar a los pacientes una atención completa y eficaz, la colaboración entre varios profesionales de la salud es crucial.

6 Bibliografía

1. García-Sánchez R, García-García I, González-Armengol JJ. La formación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención ginecológica y obstétrica. *Enferm Clin.* 2018; 28 (2):126-131. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.09.013.
2. Navarro-Mateu F, Mateu-Sanchis M. El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención ginecológica y obstétrica. *Metas Enferm.* 2019;22(9):17-22. doi:10.35667/METAS.V22I9.1024.
3. González-Bernal JJ, González-Bernal E. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la atención ginecológica y obstétrica. *Rev Enferm CyL.* 2017;9(34):55-60. doi: 10.24197/rec.9.2017.34.55-60.

Capítulo 166

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

1 Introducción

Todo ser humano tiene una serie de necesidades básicas en la vida cotidiana que deben ser cubiertas para poder mantener una adecuada estabilidad tanto física como psicológica. Una de ellas es la necesidad de movilización, esta se entiende por tratar de mantener la capacidad de mover cada una de las partes del cuerpo y así poder trasladarse de un sitio a otro con la correcta estabilidad y alineación del cuerpo.

Los términos referentes a esta necesidad indican diferentes aspectos:

- Función motora normal: consiste en la capacidad innata del cuerpo para moverse, esta función depende del buen estado de los músculos, articulaciones y huesos.

- Postura: son las posiciones que pueden realizar y adoptar las diferentes partes del cuerpo como estar de pie, sentado, acostado, etc.
- Mecánica corporal: consiste en la correcta posición y ergonomía que adoptan los miembros respecto al tronco.

Un adecuado funcionamiento del sistema músculo esquelético es esencial para poder cubrir de forma correcta la necesidad de movilización, aunque también debemos de tener en cuenta otros aspectos como pueden ser: el estado psicológico de la persona, la existencia o no de enfermedades y/o patologías, las limitaciones que se pueden presentar, la colaboración y ayuda de otras personas si el paciente no pudiera hacerlo por sí solo, las posibles barreras arquitectónicas que pueden dificultar su movilidad tanto en su propia residencia como en las zonas públicas.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la movilidad.

Explicar las funciones del TCAE en relación a su ayuda en la movilización de los pacientes geriátricos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El envejecimiento es un proceso natural que no se puede considerar patológico, ya que su desarrollo es a lo largo de la vida, y no concurre de igual manera en todos los individuos, sino que es determinado por el estilo de vida, por los factores ambientales y sociales a los que la persona haya estado expuesta a lo largo de su vida, el envejecimiento es un proceso que crea cambios en el cuerpo humano, estos suelen comenzar de manera poco aparente, exteriorizándose paulatinamente. Los efectos adversos del envejecimiento en el sistema músculo esquelético se ocasionan en tres ámbitos:

- Los huesos y cartílagos suelen registrar una progresiva pérdida de calcio que origina la desmineralización de los mismos, creando una disminución en la masa ósea.
- Los músculos sufren una pérdida gradual tanto en masa como en fuerza.
- Las articulaciones se van deteriorando en su interior y superficie, por lo que suele aparecer un crecimiento irregular en sus bordes que causan limitaciones funcionales, deformaciones y dolor (artrosis, artritis...).

Estos cambios suelen provocar que las personas mayores tengan limitada su capacidad de movilidad, causando un deterioro tanto físico como emocional.

Las movilizaciones son un gran apoyo para intentar paliar sus limitaciones, realizándolas se ayuda a retrasar la aparición de cambios fisiológicos permanentes que incapaciten al paciente respecto a su movilidad, estas serán realizadas por todo el equipo de profesionales que trabajan en los centros hospitalarios, tanto enfermería como celadores y técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, siguiendo las indicaciones de los fisioterapeutas. Las movilizaciones se deberán realizar de manera frecuente en los pacientes con capacidad motora limitada, teniendo efectos muy positivos tanto anatómicamente, física y psicológicamente, ya que su salud y autoestima podrán mejorar de forma gradual.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión se puede afirmar que con la ayuda a la persona mayor en su movilidad, influiremos muy positivamente en su autoestima y bienestar emocional.

Cuando movilizamos a un paciente, deberemos aprovechar para realizarle masajes, observar y valorar el estado de la piel, revisando minuciosamente las zonas de presión y su integridad. Es recomendable realizarle al paciente cambios posturales cada tres o cuatro horas, y si es posible levantarlos al sillón o incorporarlos en las horas de la comida, para facilitar la digestión los colocaremos en posición Fowler, con el cabecero a 90° y almohadas bajo las rodillas, intentando que esté lo más cómodo posible.

6 Bibliografía

1. de Enfermería Ocronos RM y. Atención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a las necesidades del paciente con edad avanzada [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado el 4 de agosto de

2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-necesidades-del-paciente-con-edad-avanzada/>

2. Investigación RS. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en residencia geriátricas [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-residencia-geriatricas/>

3. Decreto del DOG no 55 de 22/03/1999 - Xunta de Galicia [Internet]. Xunta.gal. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/1999/19990322/Anuncio5392_es.html

Capítulo 167

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PIE DIABÉTICO

NURIA CEPEDAL FERRER

1 Introducción

Como consecuencia de las lesiones vasculares, los pacientes diabéticos pueden presentar diversas complicaciones crónicas siendo una de las más frecuentes la enfermedad del pie diabético. Resultado de la neuropatía somática que da lugar a la aparición de lesiones tisulares e infección que desencadenan, cuando no hay un buen cuidado, en la gangrena y posterior amputación del miembro.

En el año 1997, la Sociedad Española de Angiología y Cirugía vascular definió el pie diabético como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mal controlada y prolongada en el tiempo con o sin isquemia y previo desencadenante traumático que produce, más tarde, la lesión o ulceración del pie. Esta prevención es sencilla y fácil pudiendo llevarse a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). A pesar de ello, es una de las causas más frecuentes de amputación no traumática que provocará estancias largas en un hospital, incapacidad, dependencia o invalidez.

Cuando la evolución de una diabetes mellitus mal controlada supera los 10 años, los pacientes diabéticos fumadores, aquellos que presentan signos y síntomas de neuropatía tienen más riesgo de padecer la enfermedad. Una higiene deficiente, el bajo nivel socioeconómico y el aislamiento son factores de riesgo predeterminantes para la aparición de la patología.

La prevención del pie diabético pasa por un buen control metabólico junto con un estilo de vida saludable, poniendo el cuidado de los pies en manos de los profesionales. El papel del TCAE es clave en la prevención de la enfermedad.

2 Objetivos

- Enumerar las actividades e intervenciones por parte del TCAE para la prevención de la complicación del pie diabético derivada de un mal control de la diabetes mellitus.
- Promover el autocuidado favoreciendo una alimentación saludable con una dieta equilibrada y fomentar el ejercicio físico evitando de esta manera el sedentarismo para la prevención de la complicación.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que avale el trabajo. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos recolectados de diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo y Google académico.

Palabras clave: pie diabético, diabetes mellitus, complicaciones, tratamiento, infección.

Key words: Classification system, stage, diabetic foot, wound infection.

4 Resultados

Hay una prevalencia de alrededor del 15% de patología de pie diabético en aquellos pacientes diagnosticados de diabetes mellitus. De ese 15%, el 50% presentará una úlcera a lo largo de la evolución y alrededor del 20% de estos últimos sufrirá una amputación del miembro. Se habla de que más de la mitad de las amputaciones no traumáticas de extremidad inferior se llevan a cabo en pacientes diabéticos. La prevención es la clave para reducir dichas cifras y el TCAE ha de ser conocedor de los signos y síntomas característicos de la patología, así como de las señales de alarma que pueden presentar. Al inicio, son señales de alarma la insensibilidad de los puntos distales de las extremidades, el dolor nocturno, intolerancia al roce de la ropa de cama, la piel seca que incluso pueda presentar

grietas, cambios en los puntos de apoyo sobre la marcha, la aparición de callos y ulceraciones que puedan terminar en la amputación.

La valoración integral del pie y el calzado han de ser el primer paso a valorar. Se debe retirar el calzado e inspeccionar si son los adecuados para cada tipo de paciente. Observar el tamaño, las costuras, si presenta deformidades en los pies, dedos en garra, aparición de úlceras previas...

En segundo lugar, una vez recogidos los datos, el TCAE junto con el personal de enfermería debe hacer una valoración de potenciales alteraciones vasculares (isquemia). Los expertos recomiendan que se examine el estado vascular de los pacientes diabéticos una vez al año. Dentro de la exploración vascular de los pies incluiremos: valoración e historia clínica (pies fríos y pálidos, claudicación intermitente o dolor en reposo nocturno que aumenta al elevar los pies), valoración de pulsos (dorsal del pie, tibial posterior, poplíteo y femoral), índice tobillo/brazo (ITB) para valorar de una forma sencilla y fiable el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP). Por último, también junto con el personal de enfermería, se lleva a cabo una valoración de potenciales alteraciones neuropáticas. El principal factor implicado en la mayoría de las úlceras de pie en personas ancianas con diabetes mellitus, es la neuropatía periférica. Si hay neuropatía nos encontraremos: alteraciones sensitivas (parestesias, calambre, dolor, que cede con el ejercicio ligero como caminar...) y alteraciones motoras (debilidad muscular). Dentro de la exploración neuropática de los pies incluiremos: sensibilidad vibratoria con diapasón, sensibilidad a la presión con monofilamento de Semmes-Weinstein y sensibilidad táctil algodón hidrófilo (dorso del pie).

5 Discusión-Conclusión

Desde Atención Primaria, el TCAE debe realizar todo tipo de intervenciones que tengan como objetivo promover la autonomía de los pacientes con diabetes y de esta manera promover, también, el autocuidado conociendo y explicando las fatales consecuencias que puedan derivar de un mal control de los niveles de glucemia mantenidos en el tiempo. Recalcando, en todo momento, la importancia del cuidado de los pies en este tipo de enfermedad.

Las recomendaciones que se han de dar es la correcta higiene del pie con agua no muy caliente y jabón neutro, lavado que no se extienda más en el tiempo de los 5 minutos evitando así la maceración de uñas y piel con un secado delicado y controlando bien la zona interdigital, dando pequeños golpes y evitando la fricción. El TCAE ha de explicar que después de secar, el propio paciente ha de inspeccionar los pies y si observa durante la misma algún tipo de lesión nueva

o anomalía, debe comunicarlo de inmediato al personal sanitario para evitar así nuevos problemas.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Castellanos MÁ, Aguilar Rebolledo F. Clasificaciones y técnicas para evaluar lesiones del pie diabético. Recomendaciones: Parte 1 de 5. Plasticidad y Restauración Neurológica [Internet]. 2021 [citado 18 de julio de 2022];8(2):102-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103090>
2. González de la Torre H, Mosquera Fernández A, Quintana Lorenzo Ma. L, Perdomo Pérez E, Quintana Montesdeoca Ma. del P. Clasificaciones de lesiones en pie diabético: Un problema no resuelto. Gerokomos [Internet]. 2012 [citado 18 de julio de 2022];23(2):75-87. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200006
3. Blanes JI, Clará A, Lozano F, Alcalá D, Doiz E, Merino R, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. Angiología [Internet]. 2012 [citado 18 de julio de 2022];64(1):31-59. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-documento-consenso-sobre-el-tratamiento-S0003317011001556>
4. Prevención y control del pie diabético [Internet]. Hospital Universitario Vall d'Hebron. [citado 18 de julio de 2022]. Disponible en: <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/consejos-de-salud/prevencion-y-control-del-pie-diabetico>
5. Martínez Sabater A, Pascual Ruiz MF. Valoración del riesgo de pie diabético en el paciente anciano en una consulta de enfermería. Gerokomos [Internet]. 2009 [citado el 20 de julio de 2022];20(2):73-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000200004

Capítulo 168

IMPLICACIONES DEL ESTRÉS LABORAL EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

PILAR LÓPEZ BRAÑA

ANGELA QUIROGA CASTELLANOS

DAVID SUÁREZ GONZÁLEZ

NURIA SANTOS FERNÁNDEZ

SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Muchos son los estudios que indican un progresivo aumento de las situaciones de estrés relacionadas con la labor profesional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce y define el estrés como “un evento interactivo que implica reacción del individuo, tanto en el ámbito fisiológico como psicológico, ante un estímulo configurado por la interacción de factores individuales, ambientales y sociales, y que conlleva un proceso de adaptación o desequilibrio del organismo”.

Las profesiones relacionadas con el ámbito hospitalario, por su mismo carácter de ayuda asistencial a individuos con necesidades de salud, con demandas urgentes, con toma de decisiones inmediatas, etc., hace que sean unas profesiones con una alta tasa de estrés laboral.

Por otro lado, la necesidad de las organizaciones sanitarias por implicar una atención continuada las 24 horas del día, los 365 días del año, priorizan muchas más veces la resolución del aspecto económico de este servicio, a la correcta atención profesional a sus trabajadores, imponiendo muchas veces unos cronogramas con horarios rotativos que van muy en contra de la salud de sus trabajadores, favoreciendo con ello una progresiva aparición de situaciones de estrés laboral entre estos profesionales del ámbito sanitario.

Estas progresivas situaciones de estrés mal resueltas generan una importante alteración de la salud de estos profesionales, que se traduce con el paso del tiempo con una disminución de sus calidades de vida y de la de sus entornos laborales y sociales.

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es identificar las principales consecuencias que el estrés laboral produce sobre la salud de los profesionales del hospital.

3 Metodología

Para realizar este trabajo hemos buscado estudios sobre las consecuencias el estrés laboral en el personal del hospital en bases de datos de páginas especializadas de internet como Cochrane, Schielo, Pubmed, para posteriormente hacer una revisión bibliográfica de los documentos obtenidos.

Las palabras claves utilizadas para la búsqueda documental han sido: estrés, personal hospitalario, salud.

Se localizaron en una primera selección 14 trabajos a los cuales se aplicaron unos criterios de inclusión/exclusión previamente determinados, quedando los documentos útiles para este estudio en 8 estudios.

El periodo de búsqueda se realizó entre mayo23 y julio23, y se limitó el periodo de publicaciones al intervalo de tiempo desde el año 2000 al año 2022.

4 Resultados

Observamos en la literatura revisada una cierta unanimidad por partes de los investigadores consultados en que las profesiones sanitarias son per se unas de las profesiones donde más aparece el estrés laboral. Estar continuamente relacionado con situaciones de debilidad, enfermedad, dolor, necesidad, incluso situa-

ciones de fallecimientos, tomar decisiones urgentes y decisivas sobre procedimientos o tratamientos relacionados con la salud de los pacientes, la falta de medios, la sobrecarga de trabajo, la atención de usuarios cada vez más informados y exigentes, etc., son aspectos laborales que influyen cada vez más sobre la aparición de una situación de estrés en los trabajadores del hospital.

Si, además, se suman a estas situaciones un sentimiento de impotencia de no poder hacer nada, o muy poco, pues podemos entender por qué la tasa de epidemiología de estrés es muy alta en este colectivo profesional.

Las principales consecuencias en estos profesionales del hospital se inician con una fatiga y cansancio físico, que progresivamente termina afectando a la parte psicológica del trabajador, llegando a producir una situación de cansancio psíquico continuado.

A nivel físico, estas situaciones de estrés crónico se traducen con la aparición de problemas de fatiga física musculoesquelética, alteraciones del sueño, problemas gastrointestinales, caídas del cabello, aparición de erupciones en ciertas partes del cuerpo, etc.

Esta situación de cansancio, casi agotamiento, físico y mental de estos trabajadores se refleja en los datos y números obtenidos en esta revisión bibliográfica. Por ejemplo, observamos que la tasa de suicidios en los profesionales del hospital triplica la tasa de suicidios de la población general, el número de cirrosis de sanitarios es igualmente tres veces más elevado de lo normal, si nos referimos a los accidentes de tráfico, estos duplican a los de la población en general. Otros autores hacen referencia al consumo de alcohol o drogas por estos profesionales, y también se obtiene una tasa elevada de casos. Estos datos indican de forma indirecta la alta tasa y situación de estrés que sufren los sanitarios como consecuencia de la realización de su profesión.

A nivel aboral observamos un progresivo desinterés por el trabajo, un aumento de los errores profesionales, un incremento de accidentes laborales, etc., que terminan generando un importante absentismo laboral.

Por otra parte, las consecuencias de esta situación de estrés laboral también aparecen en aspectos sociales, con la presencia alta de rupturas familiares, así como la aparición de un progresivo alejamiento del entorno social de amistades.

La larga formación de estos profesionales hospitalarios hace poca referencia al manejo de estas situaciones de estrés, lo que implica el manejo desajustado de estas situaciones y la aparición de complicaciones de aspectos físicos y emocionales.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la salud tienen una alta tasa de estrés profesional. La propia orientación de las profesiones hospitalaria está enfocada a atender situaciones donde el dolor, la enfermedad, la muerte, etc., están continuamente presentes, donde muchas veces la falta de medios, la sensación de no poder hacer nada para la salud del paciente, etc., acaban generando la aparición de situaciones de fatiga y estrés y muchas veces desesperación. Estas situaciones de impotencia, de desgaste físico y emocional son las principales causas de la aparición del fenómeno del estrés en los trabajadores del hospital.

Este estrés mal gestionado, afecta de forma muy importante a la salud de los sanitarios, y sus principales consecuencias, tanto laborales como personales, se observan en un principio con la aparición de alteraciones físicas como son problemas gastrointestinales, alteraciones de sueño, problemas de concentración, de memoria, etc., pero también a nivel profesional con un progresivo deterioro de la calidad del trabajo aportado, de un incremento de los accidentes de trabajo, un aumento del absentismo laboral, etc.

En cuanto a las relaciones sociales, estas también se ven afectadas por la aparición de una situación de estrés laboral en los profesionales del hospital, se observa un aumento de las separaciones familiares, así como un progresivo aislamiento de las relaciones con las amistades de siempre.

6 Bibliografía

Míngote Adán C, Antón A. El estrés del médico. Ed Díaz de santos. 1999. ISBN: 84-7989-407-5

Míngote Adán C, Moreno B, Galvez M. El desgaste del médico. Ed. Díaz de Santos. 2009. ISBN: 978-84-7978-919-0.

Míngote Adán C, Gálvez Herrer M. El estrés del médico. Masdermatología. 2011; 15:16-19.

Diaz A, Feldman. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance/esfuerzo-recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolana. Ciencia&trabajo.2010. n° 36 320-326.

Palacios ME, Paz MP. Estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de la ciudad de México. 1º Congreso Internacional y 4º Foro De las Américas en Investigación sobre factores psicosociales, estrés y salud mental en el trabajo. Oct 2012. Bogotá.

Colunga-Rodriguez AC, Enriquez-Hernandez CB, Angel-González M, Dominguez -Díaz R. Desarrollo científico enfermero. 2009. Ago. N° 17(7).

Ros S, Comas A, García-García M. Validación de la versión española del cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRESOMA. Actas españolas de Psiquiatría. 2010, Dic, 38 (6):345-357.

Mas R, Escrivá V. La versión española de la escala "The nursing stress escale" Proceso de adaptación transcultural. Rev. Esp. Salud Pública vol nº72 nº6 529-538.

Capítulo 169

EL TÉCNICO/A DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A TRAUMATISMOS

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

CATALINA MORENO BRAVO

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

ASUNCION GONZALEZ TORRES

1 Introducción

Los accidentes han ido en aumento ya sean de tráfico, laborales, domésticos, etc. El traumatismo es cualquier agresión que sufre el organismo como consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos. Puede afectar: a los músculos, a las articulaciones y a los huesos

En este capítulo vamos a tratar lo siguiente los traumatismos como en los músculos que los podríamos clasificar como tirón que es la extensión excesiva de un músculo, contusión que es producido por un golpe contundente sobre el músculo y calambre . También hablaremos de las articulaciones donde englobaremos los esguinces que se produce cuando forzamos al límite el arco de movimiento de una articulación o la luxación. También comentamos las fracturas que las podemos clasificar como fisuras, cerradas, abiertas, patológicas, etc. Y conoceremos sus

síntomas: dolor, deformidad, impotencia funcional, acortamiento, crepitación. Y conoceremos los protocolos para saber como debemos de actuar frente estos traumatismos. Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos conocer los tipos de traumatismos que hay, su clasificación y como actuar en cada caso. Como hemos dicho antes hay diversas situaciones de la vida diaria donde se pueden producir traumatismos y estos nos los podemos encontrar en los distintos servicios de hospital como geriatría se pueden producir contusiones, en urgencias acuden muchos pacientes con traumatismos, en pediatría, etc.

2 Objetivos

Conocer los tipos de traumatismos que nos podemos encontrar en el hospital.
Saber los procedimientos a realizar en cada uno de los traumatismos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido, Los delitos relacionados con la bioética sanitaria. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o PubMed.

4 Resultados

Un traumatismo lo podemos definir como una agresión que sufre nuestro organismo como consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos. El traumatismo puede afectar a músculos, articulaciones y huesos.

1. Lesiones musculares.

- Tirón muscular: Se produce por la extensión excesiva de un músculo. Suele venir acompañado de un desgarro de las fibras musculares. Está caracterizado por un dolor agudo en la zona lesionada, perdida de función, hematoma.
- Contusión muscular: Producido por un golpe contunde sobre el músculo. Suele aparecer como una pequeña hemorragia que se muestra como un cardenal.
- Calambre muscular: Lo podemos definir como una contracción espástica, mantenida e incontrolada, de un músculo provocando un dolor agudo y pérdida de la movilidad.

PROCEDIMIENTO:

Aplicar frío en la zona lesionada, para evitar el dolor y la hemorragia durante unos 20 minutos

(bolsa de hielo, masaje con hielo, paquete frío, hielo químico, sumergiendo la zona con agua y hielo) . Inmovilizar la zona y colocarla por encima del nivel de corazón. Pasados dos o tres días, calor local puede ser beneficioso para facilitar la recuperación.

2. Lesiones articulares.

- Esguince: Se lesionan los ligamentos que unen los huesos que forman una articulación. Sus síntomas son dolor en la zona afectada, inflamación, hematoma local.

PROCEDIMIENTO :

Elevar la articulación lesionada, mantener reposo, colocar compresas frías o hielo en la zona hinchada.

- Luxación: Separación de las superficies óseas de una articulación causada por un golpe o por contracción o distensión brusca de los músculos. Puede provocar deformidad, un dolor muy agudo, inflamación, hematoma e inmovilidad de la articulación.

PROCEDIMIENTO:

No reducir la luxación, aplicar hielo para reducir el dolor y la inflamación. Inmovilizar la articulación.

3. Fracturas: Lo podemos definir como la rotura parcial o total de un hueso. Nos podemos encontrar las siguientes fracturas: fisuras, cerradas, abiertas, conminutas, en tallo verde, etc. Los síntomas pueden ser: dolor, deformidad, imposibilidad para realizar movimientos, acortamientos de los miembros, ruidos debidos a los roces de los extremos de los huesos.

PROCEDIMIENTO:

Si la fractura es abierta presionaremos la hemorragia con apósitos, intentaremos que el usuario no mueva la zona lesionada. Inmovilizaremos la zona. Moveremos con cuidado al paciente para no hacer las lesiones mas graves.

5 Discusión-Conclusión

Hay diversas situaciones de la vida diaria donde se pueden producir traumatismos y estos nos los podemos encontrar en los distintos servicios de hospital como geriatría se pueden producir contusiones, en urgencias acuden muchos pacientes con traumatismos, en pediatría, etc. Por todo ello como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos conocer los tipos de traumatismos

que hay, su clasificación y como actuar en cada caso. Ya que resulta muy complicado poder actuar si no actualizamos estos conocimientos. Creemos que todas las personas debemos tener algún conocimiento sobre como manejar este traumatismo, ya que en el caso de un accidente leve donde la persona se fracture una pierna y esta, por ejemplo, sea una fractura abierta tener estos conocimientos ayudaran hasta que llegue la ayuda sanitaria.

6 Bibliografía

Arribas, R. G., & Colmenarejo, B. B. (2021). Técnicas básicas de enfermería. Editex

Capítulo 170

CORRECTO USO DE LOS INHALADORES EN EL HOSPITAL. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EMÉRITA ALLENDE ELVIRA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “cientos de millones de personas sufren los efectos de enfermedades respiratorias todos los días”

La función principal del sistema respiratorio es el intercambio de gases durante la inhalación y la exhalación, y los cambios en este sistema indican problemas respiratorios agudos, como insuficiencia respiratoria aguda (IRA), definida como la incapacidad del ventilador para mantener un intercambio adecuado. Los gases necesarios para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo se definirán como PaCO₂ superior a 50 mm Hg (hipercapnia) y/o PaO₂ inferior a 60 mm Hg (hipoxemia).

La formación en el conocimiento de las técnicas de inhalación y su correcto funcionamiento sigue siendo insuficiente e inadecuada no solo para los pacientes sino también para el personal médico. La vía de inhalación es la vía preferida de administración de fármacos para enfermedades que están muy extendidas en todo el mundo, como el asma (enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (que afecta a 64 millones de personas en ambas enfermedades). causa de muerte en el mundo En

países como España, ambas enfermedades son el principal motivo de visita hospitalaria y el tercer motivo de hospitalización. Además de los enormes costes económicos y sociales.

El Papiro Ebers (1554 a. C.) registra el primer uso de aerosoles con fines terapéuticos. Este documento documenta el tratamiento de los trastornos respiratorios causados por la inhalación de los vapores de la planta *Hyoscyamus niger*. En 1858, se introdujo el primer inhalador de "presión" en una escuela de medicina francesa. En 1864, Newton patentó un dispositivo de inhalación farmacéutica de polvo seco y, finalmente, en el verano de 1955, se iniciaron los primeros ensayos clínicos con un prototipo de inhalador de dosis medida presurizado (MDI), demostrando su eficacia.

2 Objetivos

- Descubrir qué es la oxigenoterapia y la terapia de inhalación y cómo usar correctamente el equipo que el auxiliar de enfermería está usando actualmente para el tratamiento.
- Comprender el nivel de conciencia de los pacientes en terapia con inhaladores, para estudiar cómo y correctamente detener la terapia. También, a través de qué información recibieron.
- El propósito de este estudio fue determinar qué pasos producen más errores.
- Evaluar el resultado de desarrollo de la adherencia al tratamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente estudio, se ha llevado a cabo una recolección de datos constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente, seleccionando artículos de revistas científicas. La información aquí presentada será revisada para su posterior análisis.

4 Resultados

Las ventajas de la terapia de inhalación en comparación con la terapia oral o parenteral son el rápido acceso al árbol bronquial, la reducción de la duración de la acción y los efectos secundarios. Lograr un efecto farmacológico suficiente en el tracto respiratorio depende en gran medida del depósito del fármaco en el

tracto respiratorio inferior. De esta forma, se tienen en cuenta tanto los factores relacionados con el dispositivo como los relacionados con el paciente.

Entre los factores que encontramos que dependen del dispositivo: las propiedades del dispositivo que produce el aerosol, el tamaño de las partículas producidas y su estabilidad, entre los factores relevantes para el paciente encontramos la técnica de inhalación correcta e incorrecta del dispositivo, el grado de enfermedad pulmonar y el tamaño de las vías respiratorias. Se observaron técnicas de inhalación incorrectas en un gran número de pacientes, por lo que fue necesario un programa de educación sanitaria para incidir en los errores encontrados en las poblaciones estudiadas en los distintos análisis.

Una de las causas del uso incorrecto de los aerosoles es la mala coordinación entre la inhalación y la activación del inhalador. Esto requiere crear diferentes unidades para facilitar la coordinación. Este es el caso, por ejemplo, de las cámaras de aspiración. En la literatura revisada, una de las razones de estos errores parece ser que los profesionales sanitarios no saben o no han enseñado adecuadamente a los usuarios cómo utilizar estos dispositivos. Aunque está diseñado para ser fácil de usar, requiere buenos conocimientos técnicos para usarlo. Por lo tanto, el factor más importante que influye en esto es el tiempo que transcurre entre el momento en que los trabajadores de la salud adquieren o actualizan sus conocimientos y el momento en que pueden enseñar al paciente la técnica correcta para usar el dispositivo.

5 Discusión-Conclusión

Las referencias científicas revisadas muestran que la correcta enseñanza de la técnica puede reducir los errores en el uso del dispositivo tanto dentro como fuera del hospital. El personal sanitario debe estar previamente formado en el uso del inhalador. Esto le ayudará a aprender la técnica para que se pueda enseñar correctamente con la instrucción adecuada.

Se ha demostrado que la educación del paciente sobre el uso de inhaladores (como en los pacientes con asma) es una de las piedras angulares del control de la enfermedad. Esto significa que los pacientes son responsables del manejo y cuidado de su enfermedad, y aquí es donde se utiliza personal capacitado en enfermería. De esta forma, debemos hacer del control de la patología de la vía aérea una responsabilidad compartida entre el paciente y el técnico. Para ello se debe establecer una adecuada relación entre ambos, enseñando al paciente a reconocer los signos y síntomas que indican el proceso.

La educación es un proceso gradual y continuo. Los pacientes no deben sentirse

abrumados con demasiada información a la vez. El lenguaje utilizado durante la entrevista debe ser simple y directo, enviar un mensaje claro y permitir preguntas abiertas para que sepamos que la información les ha llegado según lo previsto. Además de educar al paciente sobre las señales de advertencia, también es importante educar al paciente sobre cómo administrar y mantener diferentes inhaladores. Por ejemplo, se debe enjuagar la boca después de cada inhalación y se recomienda a los cuidadores que verifiquen regularmente la técnica de inhalación para asegurarse de que el medio se use correctamente, lo que puede reducir posibles fallas de funcionamiento. en el proceso de inversión.

6 Bibliografía

1. Suárez A, Antonet G, Hidalgo R, Luis A, Ruiz Caballero D. Edu.pe. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/19341/AyaySu%c3%a1rez_G.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Oca J, Teresa Ruiz M, Cacicedo R, Gutiérrez I, Amparán M, Pérez E. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. *Enferm Clin* [Internet]. 2004;14(4):187–93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086210473884X>
3. Palacios NMM, Mero LLM, Geovanny MVG, Zumba DAD. Insuficiencia respiratoria aguda en pediatría. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2022 [citado el 3 de junio de 2022];6(2):548–57. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1607>
4. Rodríguez M, Celay E, Larrea I, Urdánóz M, Zabalegui A, Ollo B. Técnicas de inhalación en el tratamiento del asma. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2003 [citado el 3 de junio de 2022];26:139–46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000400017&script=sci_arttext&tlng=pt
5. Sotomayor L H, Vera A A, Naveas G R, Sotomayor F C. Evaluación de las técnicas y errores en el uso de los inhaladores de dosis medida en el paciente adulto. *Rev Med Chil* [Internet]. 2001 [citado el 3 de junio de 2022];129(4):413–20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000400010&script=sci_arttext&tlng=en
6. Díaz MÁ, García UV, López AG. Conocimiento del manejo de inhaladores en enfermeros/as de Atención Primaria del Área Sanitaria De Ourense. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2020 [citado el 3 de junio de 2022];16:e11754–e11754. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e11754>
7. Usal.es. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://>

[//gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/149206/TFG_MonasterioAranaA_AccesibilidadFisioterapia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/149206/TFG_MonasterioAranaA_AccesibilidadFisioterapia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Capítulo 171

LA LACTANCIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

CATALINA MORENO BRAVO

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

ASUNCION GONZALEZ TORRES

1 Introducción

El alimento natural para los niños recién nacidos es leche. La leche suministra los nutrientes necesarios que el bebe necesita al inicio de su vida. En este capítulo vamos a hablar de la lactancia con leche materna, ya que también están la leche mixta y artificial. Con el término lactancia nos queremos aludir al periodo de vida del niño durante el cual el alimento fundamental es la leche.

Este momento empieza cuando las mamas secretan el calostro que es el líquido espeso y amarillento que ocurre dos días después del parto. A medida que pasa el tiempo la leche va sufriendo una serie de variaciones en su composición, lo que dará lugar a distintos tipos de leche. La lactancia materna tiene una serie de beneficios para la madre y para el niño, tiene una serie de normas a tener en cuenta y también tiene contraindicantes que desarrollaremos en el siguiente capítulo. Es

muy respetable que cada madre decida como quiere que sea la alimentación de su bebe y esto es muy respetable. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería también trabajamos en servicio de maternidad, neonatos, pediatría por todo ello debemos conocer el procedimiento de como debe de ser la lactancia para que de esa forma podamos apoyar a la mama siempre trabajado de forma coordinada y en equipo con enfermería.

2 Objetivos

Conocer las normas a tener en cuenta en la lactancia.

Exponer los beneficios de la lactancia materna para la madre.

Estudiar las contraindicaciones de la lactancia materna

Explicar el procedimiento de la lactancia para poder blindar apoyo a la madre.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido, Los delitos relacionados con la bioética sanitaria. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o PubMed.

4 Resultados

El alimento natural para los niños recién nacidos es leche materna. La leche materna suministra los nutrientes necesarios que el bebe necesita al inicio de su vida. La lactancia debe comenzar después del parto cuando lo permita el estado general de la madre. Es muy importante que las mamas se vacíen por completo, ya que es la única manera de que segreguen más leche, si el recién nacido no las vacía deberemos hacerlo artificialmente, sobre todo a partir del 5º día para evitar la sobredistensión de las mamas. El calostro es un líquido viscoso, espeso, de aspecto amarillento que se segrega durante los tres-cuatro primeros días. El calostro tiene para el recién nacido un alto valor nutricional.

Antes de iniciar la toma cambiaremos al niño para que se sienta cómodo y relajado, debemos intentar que haya un ambiente tranquilo y relajado tanto para el recién nacido como la madre. La madre adoptará una posición lo mas cómoda posible (sentada, con la espalda bien apoyada) le recomendaremos que antes de iniciar la toma se relacione con su hijo para ello le podrá estimular o hablar.

Colocará al recién nacido de manera que su cabeza esté por encima del abdomen para evitar la regurgitación del niño/a. Le diremos a la mama que debe colocar la boca del recién nacido abierta sobre su areola. Si algún pezón estuviera plano o invertido el recién nacido empezara la toma por ese pezón. La mama mantendrá al niño/a mamando en cada pecho alrededor de 10 min esto depende de la cantidad de leche de la mama y del cansancio del bebe. Le colocaremos siempre en el pecho que se terminó la toma anterior. Al finalizar procederemos a que el bebe expulse los gases.

Para que el recién nacido expulse los gases lo pondremos recto apoyándolo sobre el hombro o sentado en el regazo, dándole suaves palmadas en la espalda. Al finalizar lo acostaremos en decúbito lateral derecho para favorecer que el vaciamiento gástrico.

Normas a tener en cuenta en la lactancia:

- Debemos permitir que la madre esté junto su bebe las 24 horas del día.
- Fomentaremos la lactancia a demanda junto a periodos de descanso.
- Comprobaremos que el reflejo de succión es coordinado y fuerte.
- Comprobaremos la evolución del peso del recién nacido.
- Favoreceremos echar los gases tras la ingesta.
- Evitaremos el riesgo de aspiración.
- Favoreceremos la comunicación madre-hijo mediante la lactancia.

Beneficios de la lactancia materna para la madre:

- Durante la lactancia materna la madre libera oxitocina lo que fomenta las contracciones haciendo que el útero se contraiga y esto hace que los sangrados sean menos abundantes.
- Ayuda a recuperar el peso previo por el gasto de energía que supone.
- Ayuda a prevenir la depresión posparto.
- Disminuye el riesgo de padecer diabetes tipo 2.
- Reduce la posibilidad de sufrir osteoporosis después de la menopausia.

Beneficios para el bebe:

- Disminuye el riesgo de desnutrición.
- Protección frente enfermedades infecciosas y alérgicas.
- Es de fácil digestión.
- Crea un vínculo afectivo con la madre.

Contraindicaciones de la lactancia materna:

- Si el bebe tiene galactosemia o Fenilcetonuria.
- Si la madre es portadora del virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B o C, del virus linfotrópico T humano tipo I.
- Si la madre consume drogas.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos dicho antes los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería también trabajamos en servicio de maternidad, neonatos, pediatría por todo ello debemos conocer el procedimiento de como debe de ser la lactancia para que de esa forma podamos apoyar a la mama siempre trabajado de forma coordinada y en equipo con enfermería. Por todo ello debemos de conocer como es la leche materna, los nutrientes que le aporta la bebe, las ventajas que tiene para la madre como la liberación de oxitocina lo que fomenta las contracciones haciendo que el útero se contraiga y esto hace que los sangrados sean menos abundantes. Las ventajas que trae para el bebe como la protección frente enfermedades infecciosas y alérgicas.

6 Bibliografía

WEBGRAFÍA http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010
https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-funcion-del-tcae-en-la-lactancia-materna/?utm_content=cmp-true

Capítulo 172

LA MOVILIZACIÓN Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

CATALINA MORENO BRAVO

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

ASUNCION GONZALEZ TORRES

1 Introducción

La actividad física es muy importante, ya que contribuye al aporte al deporte de nutrientes y oxígenos, facilita la eliminación intestinal, la eliminación de desecho, mejora la respiración. La movilización son ejercicios que tienen como finalidad restablecer las funciones que se ven mermadas por una enfermedad que disminuye la fuerza y el tono muscular fomentando así la autonomía. Son los fisioterapeutas quienes valoran la movilidad del paciente y planifican los cuidados necesarios para conservar la movilidad y no perderla. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto al equipo de enfermería comprendemos lo importante que es que el paciente no pierda su movilidad y debemos facilitar su recuperación y evitar la inmovilización con las grandes desventajas que tienen por

la salud. En este capítulo vamos a ver los tipos de movilizaciones y como clasificarlas, las complicaciones que trae la inmovilización en los huesos, músculos, en el sistema cardiovascular, respiratorio, a nivel digestivo y nivel psicológico. Cuando hablamos de inmovilización en seguida nos viene a la cabeza la palabra geriatría pero nos son los únicos que tienen problemas de movilidad también lo podemos encontrar en otros servicios como en traumatología donde después de que se cure la lesión debemos de procurar que el paciente se moviliza donde nos encontramos los técnicos en cuidados auxiliares se enfermaría.

2 Objetivos

Conocer la importancia de la movilización en los pacientes que por la enfermedad su movilidad se ve disminuida. Conocer las complicaciones de la salud que se producen por la inmovilidad y conocer los tipos de movimientos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido, Los delitos relacionados con la bioética sanitaria. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o PubMed.

4 Resultados

Podemos explicar que la movilización consiste en aplicar ejercicios con la finalidad de restablecer las funciones que quedan mermadas por una enfermedad. Intentar mantener el alineamiento corporal, la fuerza y el tono muscular. Ayuda a prevenir las complicaciones por la inmovilización que son:

- Respecto a los huesos: La inmovilización puede causar dolor de huesos y osteoporosis que podemos prevenir con ejercicios articulares.
- Respecto a los músculos: La inmovilización puede causar contracturas y atrofia se previene realizando ejercicios.
- Sistema cardiovascular: La inmovilización puede causar trombos, atrofia cardíaca, mareos , etc se previene mediante ejercicios.
- Sistema respiratorio: La inmovilización puede causar acumulación de secreciones e infecciones, etc se previene mediante ejercicios de fisioterapia respiratoria.

- Sistema tegumentario La inmovilización puede causar úlceras por presión que se pueden prevenir mediante cambios posturales.
 - A nivel digestivo: La inmovilización puede causar estreñimiento se puede prevenir bebiendo agua y con una dieta rica en fibra.
 - A nivel psicológico: La inmovilización puede causar sensación de dependencia que se puede prevenir mediante la comunicación y actividades cognitivas.
- Debemos comprender la importancia que tiene actuar frente la inmovilidad en el paciente, siempre teniendo en cuenta su indicación médica y con la finalidad de facilitar su recuperación y evitar nuevos problemas de salud.

Podemos clasificar las movilizaciones en dos tipos:

- Activas: que las realiza el propio paciente bajo supervisión del profesional. Puede realizarlas con ayuda del fisioterapeuta o con alguna resistencia como es el caso de las poleas. Como técnicas en cuidados auxiliares de enfermería animaremos al paciente para que mueva los brazos y las piernas o que contraiga y relaje los músculos.
- Pasivas: La movilización la realiza el terapeuta sobre distintos segmentos corporales del paciente.

En pacientes que están encamados su posición adecuada en la cama junto con los cambios posturales y ejercicios de movilización ayuda a evitar las complicaciones de la inmovilización anteriormente mencionadas.

El plan de cambios posturales intentamos que el paciente mantenga la posición durante dos-tres horas como máximo. Las porciones más frecuentes en la realización de cambios posturales son : decúbito supino, decúbitos laterales derecho e izquierdo y decúbito prono, Fowler. Podemos complementar los cambios posturales, si no hay contraindicación, con la sedestación. Para acomodar al paciente puede ser conveniente utilizar almohadas, cojines, sábanas, etc.. Cuando el paciente no puede realizar por sí mismo los cambios, será ayudado, preferentemente, por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que deberán tener en cuenta las normas de mecánica corporal.

5 Discusión-Conclusión

En la elaboración de este capítulo que hemos realizado nos ha llamado la atención la implicación psicología que conlleva la inmovilización por su enfermedad. No hay que olvidar los riesgos biológicos que la inmovilidad trae consigo. La inmovilidad como hemos visto con este capítulo tienen consecuencias y concluimos que el reposo debería guardarse para aquellas situaciones en que la movilización trae consigo problemas más graves que la inmovilización. son los fisioterapeutas

quienes valoran la movilidad del paciente y planifican los cuidados necesarios para conservar la movilidad y no perderla. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto al equipo de enfermería comprendemos lo importante que es que el paciente no pierda su movilidad y debemos facilitar su recuperación y evitar la inmovilización con las grandes desventajas que tienen por la salud.

6 Bibliografía

Arribas, R. G., & Colmenarejo, B. B. (2021). Técnicas básicas de enfermería. Editex

Capítulo 173

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU FUNCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

1 Introducción

La consulta externa consiste en un servicio ambulatorio para pacientes con reserva de cita previa que solicitan tratamiento para diversos tipos de diagnósticos. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la atención ambulatoria es la atención médica que se oferta a los pacientes ambulatorios, en un consultorio médico o en el mismo domicilio del paciente, que consiste en la realización de un cuestionario sobre hábitos, dolencias, etc, y un examen físico para integrar y/o determinar un diagnóstico o para el seguimiento de una enfermedad previamente diagnosticada. Según la OMS, la consulta de un médico debe tener un promedio de duración de 20-30 minutos con el paciente para que sea efectiva.

La función de un técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) que trabaja en consultas médicas de cuidados especiales es acompañar al facultativo y a los pacientes, colaborando en todo lo que necesiten. Tiene un papel muy polivalente, desde la organización de la consulta, atención y comunicación con el paciente o familiar hasta cuidar la unidad (ya que es la persona responsable del buen estado de la consulta y poner todo en su sitio y que no falte nada, reponiendo el material). Dependiendo del tipo de consulta las funciones variarán dependiendo de su específico protocolo.

2 Objetivos

- Describir y explicar el papel y las funciones de técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) en el servicio de consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó un trabajo de investigación consistente, una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Los artículos fueron examinados de las bases de datos más importantes: Pubmed, Medline y Scielo, así como de Google Scholar, seleccionando artículos de investigación de publicaciones académicas pares.

4 Resultados

El papel del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en las consultas externas de un hospital es muy versátil, una de sus tareas es organizar la consulta, debe consultar la lista de pacientes, ver y organizar las agendas del médico y la causa y motivo de la consulta. También debe preparar la historia clínica del paciente, verificando la información, y si falta algún dato, preguntar y anotarla en el registro, también deberá asegurarse de que se realicen las pruebas prescritas por el médico (análisis, tomografías, radiografías, etc.) y si es la primera vez que se solicitan diversas pruebas complementarias para el diagnóstico deberá recabar el consentimiento firmado del paciente. En ocasiones hay cambios en la ubicación del consultorio, por lo que el técnico auxiliar en cuidados de enfermería deberá estar pendiente de la llegada del paciente para informarle de la nueva ubicación de la consulta. También deberá garantizar y velar por el orden y el silencio en las áreas adyacentes del sitio donde se realiza la consulta. Otra de sus funciones será

ayudar a coordinar diferentes fechas y horarios para el paciente en caso de que el médico lo derive a otros servicios, deberá tener una comunicación correcta y respetuosa con el paciente y su familia, siempre desde la empatía y profesionalidad, manteniendo discreción con sus datos personales y no dando información sobre diagnósticos, registrará los datos clínicos en la historia del paciente para la posterior evaluación y seguimiento médicos. Colaborará en lo que le solicite el médico, dentro de sus funciones, ayudando en la exploración del paciente, siendo muy importante mantener la privacidad e intimidad del mismo, colocando biombo, tapándolo con una sabanilla, etc. Si es necesario hacer algún tratamiento, como: sondas, vendajes, puntos de sutura etc., cooperará con el médico o profesional de enfermería que lo necesite. También deberá realizar el mantenimiento de la consulta externa con la limpieza diaria del material, reposición de material y si observara alguna incidencia o anomalía comunicarlo al su jefe inmediato para la subsanación.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en las consultas externas de un centro hospitalario y sanitario, son, a grandes rasgos, recibir al paciente, siempre revisando su información y datos identificativos, preparará la historia clínica del paciente, comprobando resultados de posibles pruebas médicas para entregarlos al facultativo, ayudando y colaborando en lo que se solicite. Siempre se deberá ser respetuoso y educado, intentando empatizar con el paciente, darle el apoyo emocional si lo necesita, y para que se sienta más cómodo y seguro cuando explique lo que le ocurre y también ayudándole a comprender los diagnósticos y preguntas del facultativo. Otra de sus funciones es la preparación del material su posterior limpieza y desinfección y colocación del mismo.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El papel del técnico auxiliar de Enfermería en consultas externas [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/competencias-profesionales-tcae-consultas-externas/>
2. Formación DAE. Funciones del Auxiliar en Enfermería / TCAE [Internet]. Dae-formacion. DAE Formación; 2021 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://daeformacion.com/funciones-auxiliar-enfermeria/>

3. ¿Qué funciones realiza un auxiliar de enfermería? [Internet]. Soy TCAE. 2021 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.soytcae.com/que-funciones-realiza-un-auxiliar-de-enfermeria/>

Capítulo 174

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PLANTA MEDICINA INTERNA

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

En la Unidad de Medicina Interna podemos encontrar pacientes crónicos complejos, paliativos, infecciones VIH, enlaces con urgencias, etcétera.

Los médicos internistas son capaces de integrar la información de otros médicos especialistas, ya que un mismo paciente puede tener varias patologías, como por ejemplo es suficiencia respiratoria y arritmias...

Los pacientes de Medicina Interna suelen ingresar frecuentemente en la unidad, acuden a urgencia y a consultas de un 60% más que el resto de pacientes.

Por ello el técnico en cuidado auxiliar de enfermería en la unidad de medicina interna debe tener un amplio conocimiento en todas las funciones que le concier-
nen.

El trabajo en la Unidad de Medicina Interna se lleva a cabo en tres turnos, mañana tarde y noche, de esta manera el técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería tendrá unas funciones u otras dependiendo de turno.

Teniendo en cuenta que por las mañanas es cuando se realizan las pruebas, consultas y visitas médicas, los aseos de los pacientes, cambios de sábanas y limpieza de habitaciones entre otros.

En cada unidad existe el punto de control, desde donde el equipo de enfermería realizan la organización de las tareas.

También es la zona en la que los familiares y pacientes pueden acudir para consultar dudas o peticiones de ayuda. Aunque las habitaciones tiene unos dispositivos al lado de la cama y en la pared para llamar a la enfermera según lo precisan.

2 Objetivos

Exponer el trabajo que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de medicina Interna hospitalaria.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos visitado varias páginas en Internet y los científicos sanitario a través del buscador Google Académico, también hemos consultado bases de datos como PubMed que nos ofrecen información relativa al tema expuesto.

Contamos con nuestra experiencia laboral en el sistema sanitario de SESCAM, de Castilla La Mancha.

4 Resultados

Debido a la gran variedad de patologías que podemos encontrar en esta unidad, los Técnicos Auxiliares de Enfermería desarrollan múltiples funciones.

Siempre deben estar en coordinación con el resto del equipo de enfermería y organizar el trabajo conjuntamente.

En cuanto a tareas se refiere, el Técnico en Cuidados auxiliar de enfermería es el encargado de habilitar las mesas para las comidas y su reparto, siguiendo siempre las indicaciones de las enfermeras, ya que cada paciente tendrá unas restricciones distintas o tipos de dietas según sus necesidades.

Cuando un paciente está en ayuno por la realización de alguna prueba pondremos un cartel avisando de sus circunstancias en la barra del suelo o de manera visible. De esta manera podemos evitar que haya una ingesta de manera equivocada, tanto por parte del equipo o enfermería como de los familiares. Ya que los pacientes en ocasiones piden comida o agua y las familias pueden ofrecérselo si desconocen el ayuno.

Hay que tener en cuenta que cuando un paciente está ingresado las personas familiares que lo cuidan pueden cambiar en turnos de horas o días... Y no darse la información completa correspondiente entre ellos.

Otra de las funciones del técnico y cuidados auxiliares de enfermería sería recoger las bandejas una vez que terminan la comida, la reposición del carro de ropa, (con geles, gasas, esponjas, cremas y todo lo necesario para la realización de la higiene y cambios de ropa. Incluida las sábanas.

Los carros de enfermería con todo lo necesario para realizar curas.

Asegurar que los dispositivos de toma de constantes tienen batería, normalmente hay varios dispuestos cargando en los pasillos.

Se encuentran las funciones de los cuidados de pacientes los técnicos cuidados posibilidades de enfermería son los responsables de la higiene, que incluyen tanto el baño como el cuidado de la piel y su hidratación, cambios posturales para evitar las úlceras por presión, darles alimento, toma de temperatura, ayudarles a su incorporación y movilidad según la indicación médica para que vayan recuperando autonomía.

También deben tomar el registro de diuresis, de posiciones, etiquetas las muestras de orina... Cambiar el pañal de los pacientes que se lo precisen por las sábanas en caso de algún incidente, como hemorragia...

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, entendemos que los pacientes de medicina interna son pacientes que pueden sufrir varias patologías, por ello el internista es capaz de integrar toda la información que recibe de él los distintos médicos especialistas.

Las funciones del técnico o cuidados auxiliares de enfermería deben estar muy bien coordinadas con el resto del equipo de enfermería.

El TCAE se encarga de preparar las mesas, repartir la dieta y en el caso de que fuera necesario alimentar a los pacientes. Las dietas siempre deben estar supervisadas por la enfermera, ya que cada paciente tiene sus necesidades alimenticias o restricciones particulares.

Otra de sus funciones es vigilar la diuresis, etiqueta las muestras de orina, tomas de temperatura, ayudar a la incorporación, la marcha y fomentar la independencia siempre que esté indicado por el médico.

En cuanto a cuidados se refiere el técnico en cuidados auxiliares de enfermería de mantener una higiene óptima en los pacientes, con rutina de baño para los encamados y cambios de pañal.

6 Bibliografía

<http://dspace.umh.es/handle/11000/27538>

<http://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/786>

<http://dspace.umh.es/handle/11000/8460>

Capítulo 175

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

CORAL PARRA QUINTANILLA

1 Introducción

El proceso de atención de enfermería fue evolucionando desde el año 1955 hasta día de hoy, gracias a Hall que fue quien reconoció que los enfermos debían pasar por un proceso, poco a poco otros autores fueron formulando las diferentes etapas que completarían ese proceso, así de esta manera quedando el proceso completo.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un plan de cuidados que se debe de llevar a cabo para poder brindar una atención integral al paciente. Este proceso tendrá un carácter flexible y se debe ir adaptando a la evolución del paciente.

El proceso de atención de enfermería (PAE) se basa en un sistema muy organizado que va a permitir una buena planificación, ejecución y evaluación de los cuidados que se den al paciente de forma eficaz. El objetivo del PAE será intentar proporcionar una atención de manera individualizada y que esté basada en las necesidades concretas de cada paciente o usuario.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá colaborar en todas las etapas junto con el equipo de enfermería, además, en cada una de ellas, es impor-

tante que las actuaciones queden registradas en la documentación correspondiente.

Se van a desarrollar por lo tanto una por una las cinco etapas por las que pasa el proceso de atención de enfermería.

2 Objetivos

Conocer de qué trata el proceso de atención de enfermería (PAE), sus cinco etapas y las funciones que tiene en cada una de ellas el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se ha buscado información de manera activa en algunos libros y bases de datos conocidas tales como Scielo, Google Académico, PubMed y Medline, además de otros artículos. También gran parte de la información se ha buscado en el libro de "Ilerna" de "Administración y Documentación Sanitaria".

Se han excluido en la búsqueda los idiomas distintos al castellano.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe desempeñar una serie de funciones durante el proceso de atención de enfermería (PAE) además de prestar su colaboración con los demás profesionales sanitarios, en este caso con el equipo de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) se trata de un plan de actuación en cuidados por parte de los profesionales sanitarios, éste proceso seguirá un método científico, el cual deberá seguir un orden lógico de actuación con el paciente o usuario. Consta de cinco etapas que dependerá una de otra: Valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

A continuación se describirán las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en cada una de las etapas mencionadas en el párrafo anterior:

1. Valoración: En esta primera etapa se van a extraer datos del paciente o usuario a través de tres métodos:

-Entrevista clínica: el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería recogerá información del paciente a través del diálogo con éste. Además, deberá registrar los datos obtenidos en los documentos de enfermería.

-Observación: también colaborará con el equipo de enfermería en observar al paciente tanto a nivel físico como anímico.

-Exploración física: en la exploración física, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, colaborará en la preparación del instrumental necesario y la camilla.

2. Diagnóstico de enfermería: lo elaborará el equipo de enfermería, se trata de la conclusión a la que se llega sobre qué patología tiene el paciente o usuario y acorde a esto se establecerán unas pautas de actuación enumeradas. Aquí la función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será conocer los problemas de salud que tiene el paciente.

3. Planificación: Enfermería planificará el plan de actuación de cuidados que se debe llevar a cabo, estableciendo prioridades y objetivos que se deben de cumplir. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe conocer el plan de atención y conocer la parte de trabajo que debe realizar.

4. Ejecución: deberá llevar a cabo todo lo establecido en el plan de cuidados y siempre quedando registrada toda la información de lo realizado.

5. Evaluación final: deberá hacer una evaluación de las tareas que ha realizado quedando registradas.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la evolución del proceso de atención de enfermería y a la estrecha colaboración que aporta del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con el equipo de enfermería durante las cinco etapas de este proceso, se puede desarrollar una atención lo más integral, completa e individualizada posible para los pacientes o usuarios que en ese momento lo requieran por su delicado estado de salud.

Además, una vez completadas todas las etapas y llegados a la última etapa que es la evaluación final, va a permitir al personal sanitario poder solventar futuros errores e ir realizando mejoras en su actuación.

6 Bibliografía

1. Antecedentes históricos del PAE. <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/historia.html>
2. Epistemología del Proceso de Enfermería, Sección Docencia, Alma Delia Morales Serrano. Desarrollo Cientif. Enferm. Vol. 15 N°2 Marzo, 2007 <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-84-3107.pdf>
3. Libro “Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria” de “Ilerna Online S.L 2021”

Capítulo 176

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP). CONCEPTOS Y CÓMO ACTUAR PARA PREVENIR Y SU TRATAMIENTO

SOLEDAD PONCE PEÑARRUBIA

1 Introducción

La Úlcera por Presión (UPP) es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona que está sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (silla, sillón o cama...) y provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes en esa zona por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce.

Una Úlcera por Presión (UPP), también conocida como escara, se produce debido a la presión sostenida sobre una zona de la piel, normalmente en zonas óseas como sacro, talones y caderas.

Este tipo de úlceras se produce más en pacientes encamados y con muy poca movilidad. Su prevención y tratamiento incluyen cambios frecuentes de posición, almohadillado en diferentes zonas del cuerpo, una correcta higiene y una buena hidratación y cuidado de la piel.

Cuando aparecen las úlceras por decúbito constituye uno de los problemas que con frecuencia se observa en aquellos pacientes y personas malnutridas que tienen como resultado la inmovilización. Se producen por la presión continua del tejido sobre planes duros, como nombramos anteriormente, y que derivan, si no se tratan como es debido y a veces por el estado y antecedentes del paciente, a una muerte celular por necrosis.

2 Objetivos

En este capítulo y revisión bibliográfica trataremos los siguientes temas:

1. Localizar de las principales zonas en las que se forman las Úlceras por Presión (UPP).
2. Exponer el proceso de formación de las UPP y sus estadios.
3. Resumir el tratamiento preventivo para combatir las UPP.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica y sistemática sobre la literatura existente.

Se ha realizado una búsqueda en libros, seleccionando artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas. Se han consultado también artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medicine y Scielo.

4 Resultados

1. Localización de las principales zonas en las que se forman las UPP:

*En la posición dorsal o supino (las zonas más expuestas): Región glútea, sacro, talones, omoplatos, espina dorsal, cabeza, nuca y codos.

*En decúbito lateral derecho o izquierdo: Maléolos, cóndilos, bordes externos de los pies, cadera, trocánteres, acromion, pabellones auriculares y hombros.

*En decúbito prono: Rodillas, espinas ilíacas, dedos de los pies, senos en mujeres, genitales en hombres y costillas.

*En posición sentado: La región isquiática.

*En posición Fowler: Sacro, talones, codos y región isquiática.

2. Proceso de formación de las Úlceras por Presión y sus estadios:

*Fase eritematosa: La piel aparece blanca y enrojecida, se siente escozor en la zona afectada.

*Fase escariartiva: Empieza la aparición de erosión y/o flictena y más tarde su coloración es grisácea o negra que es lo que indica la necrosis del tejido subcutáneo. Se acompaña de dolor en la zona afectada.

*Fase necrótica: En dicho estado profundiza la necrosis y afecta al tejido muscular, conjuntivo y más tarde al óseo.

- ESTADIO I: Fase en la que parece el enrojecimiento, afecta a la epidermis y comienza a afectar a la dermis.
- ESTADIO II: Aparece disminución del grosor del tejido, afectando a la dermis y epidermis y ya comienza a afectar a la hipodermis.
- ESTADIO III: Se produce una pérdida total del grosor de la piel que se acompaña de necrosis del tejido subcutáneo. Aparecen las escaras.
- ESTADIO IV: Este estadio es igual que el anterior pero en él aparece necrosis del tejido subcutáneo en el músculo y en el hueso.

(Otros autores describen el ESTADIO V donde ya hay una afectación importante del hueso produciendo procesos como: osteomielitis, osteítis, etc.)

3. Resumen del tratamiento preventivo para combatir las UPP:

El primer paso y fundamental es cuantificar y sistematizar el riesgo de aparición de la úlcera por presión. Se utilizan para ello las escalas de Norton, McLaren y Exton Smith, también otras menos comunes y la escala de Braden.

Para combatir los efectos de presión están las restricciones del paciente encamado, los cambios posturales (cada 2-3h), y posiciones adecuadas, también con dispositivos que disminuyen la presión, como cojines, colchones anti escaras, colchonetas, etc.

Mejorar la circulación local (masajes, termoterapia...)

Mantener el correcto aseo, higiene e hidratación de la piel y una alimentación e hidratación adecuadas.

Cuando aparecen las Úlceras por Presión también es indispensable una correcta sanación y estar muy controladas por si hay cualquier cambio y empeoramiento.

5 Discusión-Conclusión

A la inmovilización del paciente también se incluyen otros factores que favorecen la aparición de UPP como:

*Factores internos o intrínsecos: Obesidad o extrema delgadez, diabetes, deshidratación y edemas, incontinencia urinaria y fecal, edad, déficit circulatorio o sensorial e inconsciencia.

*Factores externos o extrínsecos: La humedad, los pliegues y objetos extraños que aumentan la fricción, la presión continuada, el tiempo de exposición a dicha situación y materias que irritan la piel como orina, excrementos, sudor, etc.

En general, podemos considerar que las causas que favorecen la aparición de UPP principalmente son:

- Causas vasculares.
- Causas nerviosas.
- Estado nutricional.
- Causas endocrinas.
- La edad y la incontinencia urinaria y fecal.

La formación de las UPP agrava enormemente el pronóstico del paciente, por eso es muy importante su prevención. También representan una menor calidad de vida para los pacientes o familiares que las padecen y mayores dificultades también para las personas que están a su cuidado.

6 Bibliografía

- Fundamentos de la enfermería.
Ed. El manual moderno 2019.
- Tratamiento de Úlceras por Presión.
Ed. EAE 2018.

Capítulo 177

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE UÑAS Y PIES DEL PACIENTE. FUNCIONES DEL TCAE DURANTE LOS CUIDADOS ASISTENCIALES EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

GEMA ILLESCAS

1 Introducción

Una de las principales tareas llevadas a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con el paciente es proporcionarle una serie de cuidados básicos e indispensables que le ayuden a: mejorar su estado físico, es favorable para una mayor recuperación, proporciona autonomía y mejora el estado anímico del paciente hospitalizado.

Estos cuidados básicos se centran en el aseo diario del paciente cada mañana, la colocación y retirada de cuñas y pañales para que el paciente pueda hacer sus necesidades sin necesidad de tener que levantarse de la cama, y aquellas acciones auxiliares al equipo de enfermería en cuanto a cura de heridas, úlceras, etc.

El aseo diario del paciente favorece:

- La protección de la piel, con la cual se evita la aparición de heridas.
- Evita la pérdida de musculatura.
- Frescura y mayor comodidad del paciente en la cama.
- El estado anímico del paciente.
- Mantener la autonomía del paciente solicitando que le ayude durante el aseo.
- Adquisición de hábitos saludables diarios.
- Mejora la calidad de vida.

El aseo diario se centrará en asear el cuerpo del paciente y administrar cremas hidratantes para mantener la piel sana y evitar que se encuentre seque, puesto que una piel seca es más favorable una posible creación de heridas y úlceras.

2 Objetivos

- Conocer la principal tarea realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con el paciente.
- Detallar los beneficios del aseo diario en el paciente encamado.
- Detallar el procedimiento llevado a cabo en el aseo de uñas y pies del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de los cuidados básicos realizados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente, se encuentra los cuidados de pies y uñas, aunque generalmente, debido a la carga de trabajo del personal sanitario, estos cuidados

se realizan de manera más superficial, no dedicándole el tiempo necesario a cada una de esas zonas corporales.

Por norma general, el aseo de pies y uñas es realizado durante el ingreso del paciente en la planta de hospitalización, al realizarle un aseo diario más completo. Otro de los casos en los que se realiza el aseo de estas zonas corporales es cuando el paciente pasa largas temporadas hospitalizados, lo que requiere la realización de estos cuidados más específicos.

Procedimiento para el cuidado de pies y uñas.

- Indicar al paciente la actividad que se le va a realizar y el motivo por el cual se realiza.
- Pedir la colaboración del paciente, para que se muestre colaborativo.
- Solicitar la ayuda del personal subalterno por si es necesario la movilización del paciente o la sujeción de alguna zona corporal.
- Preparar el material necesario antes de proceder a realizar la actividad.
- Realizar un correcto lavado de manos antes de iniciar la actividad.
- Utilizar guantes desechables.
- Lavar los pies con agua y jabón utilizando una esponja, es recomendable la utilización de clorhexidina.
- Lavar concienzudamente la zona del interior de los dedos, puesto que es una zona donde suele acumularse la suciedad.
- Hidratar los pies, manteniendo las uñas y cutículas blandas, para poder cortarlas y evitar que se rompan involuntariamente.
- Cortar las uñas con cortaúñas o unas tijeras pequeñas.
- Realizar un masaje en la zona corporal para favorecer la circulación de la sangre.
- Realizar un correcto lavado de manos después de acabar la actividad.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de uñas y pies del paciente. Funciones del TCAE durante los cuidados asistenciales en el paciente hospitalizado” nos demuestra la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente ingresado, basada en el cuidado de la piel y zonas corporales determinadas.

Cabe destacar la importancia de que el paciente lleve a cabo unos hábitos de higiene diarios una vez sea dado de alta, por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería fomentará dicha actuación durante su estancia en el centro

hospitalario, del mismo modo, le dará pautas al paciente y sus familiares para la realización de algunas acciones de higiene.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 178

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN. FUNCIONES DEL TCAE REALIZADAS EN EL TURNO DE MAÑANA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

1 Introducción

Cuando un paciente es ingresado en la planta de hospitalización de un centro sanitario tiene dos finalidades:

- Es un ingreso programado, puesto que va a ser intervenido quirúrgicamente y requiere de una recuperación posterior en la planta de hospitalización.
- Es un ingreso a través del servicio de urgencias que requiere de la observación y realización de más pruebas exploratorias para determinar el diagnóstico de un paciente.

Estos pacientes se encontrarán atendidos durante las 24 horas del día durante los 365 días del año, puesto que es un servicio continuado que no interrumpe su actividad médico- asistencial.

Es por ello, por lo que se encuentran establecidos unos turnos diarios de trabajo a través de unas planillas de trabajo que permiten al profesional sanitario el turno que le toca realizar la guardia. La organización de los turnos de trabajo dependerá de cada centro de hospitalización, pero por norma general, suelen establecerse dos tipos de turnos:

- Turnos de 12 horas, realizando un profesional el turno de mañana y otro profesional el turno de noche.
- Turnos de 7 horas, realizando un profesional el turno de mañana, otro el turno de tardes y la noche será realizada por una tercera persona realizando 10 horas de guardia.

2 Objetivos

- Detallar el funcionamiento de las plantas de hospitalización en cuanto a la atención médico- sanitario continuada.
- Conocer las actividades realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el turno de mañana en la planta de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, en las plantas de hospitalización de un centro sanitario se establecen diferentes turnos de trabajo para garantizar la asistencia médico- sanitaria continuada.

Por norma general, las actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería realizadas en el turno de mañana son prácticamente las mismas que en el

turno de la tarde y de la noche, sin embargo, hay una serie de actividades que se realizan únicamente en el turno de la mañana.

A continuación, se procederá a detallar las actuaciones realizadas por estos profesionales sanitarios durante el turno de mañana.

- La primera actuación realizada será proporcionar la información de los pacientes mediante el compañero del turno de noche. Durante esta información se detallará: las necesidades del paciente, la patología, el estado clínico, si es un paciente con una movilización activa o pasiva, el tipo de alimentación, si es portador de pañal y si tiene actividad que tolere o reposo en cama. Del mismo modo, se comunicarán las incidencias producidas durante el turno de la noche.
- La segunda actuación, será establecer una comunicación y coordinación con el enfermero con el cual formará pareja.
- La tercera actuación será preparar los carros con la lencería y repartir los productos de aseo y la lencería requerida a los pacientes, pudiendo ser esta pijama o camisón. Los pacientes que sean autónomos se asearán ellos mismos, por lo que se les entregará esponja, toalla, jabón...
- Recibir a los pacientes que son ingresados mediante la modalidad de ingreso programado. Le pesará, medirá y le proporcionará la ropa hospitalaria necesaria y el material de aseo necesario.
- Realizar el aseo diario aquellos pacientes que no puedan realizarlo por ellos mismos.
- Levantar a los pacientes que tengan pautada la actividad cama- sillón.
- Repartir los desayunos y dar de desayunar a aquellos pacientes que sean dependientes.
- Realizar el cambio de ropa de camas.
- Recargar los carros de lencería.
- Recargar los carros de curas del equipo de enfermería.
- Colocar los pedidos de almacén.
- Repartir las comidas y dar de comer a aquellos pacientes que sean dependientes.
- Acostar a los pacientes.
- Dar la información al compañero de la tarde en el cambio de turno.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la planta de hospitalización. Funciones del TCAE realizadas en el turno de mañana” nos demuestra las funciones realizadas durante el turno de mañana por el TCAE.

Es importante destacar que estas funciones están basadas en la atención asistencial al paciente, de ello la importancia de realizar cada una de estas funciones. Sin embargo, en muchas ocasiones, será el propio paciente quien marque el ritmo de trabajo, puesto que la realización de una actividad u otra dependerá de su estado clínico, independientemente de las pautas establecidas por el equipo médico.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 179

TÉCNICA PARA LEVANTAR A UNA PACIENTE CON LA AYUDA DE UN ELEVADOR HIDRÁULICO. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON LA GRÚA HIDRÁULICA

CARMEN CÁRDENAS LARA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

1 Introducción

Los pacientes que se encuentran ingresados en las plantas de hospitalización pasan muchas horas en la cama, debido a diferentes causas:

- Recomendación del médico especialista de mantener un reposo absoluto en la cama.
- La imposibilidad del paciente de levantarse por su propio pie.
- El estado físico del paciente relacionado con el diagnóstico clínico por el cual está ingresado en el centro sanitario.

- Condiciones físicas del paciente no relacionado con el diagnóstico por el cual está ingresado en el centro sanitario.

Esta situación del paciente favorece la aparición de pequeñas heridas por la presión ejercida en determinadas zonas corporales sobre las que recae todo el peso corporal del enfermo. Si la situación del paciente encamado no mejora, es muy probable que estas pequeñas heridas se conviertan poco a poco en úlceras por presión, dando lugar a grandes heridas y escaras, muchas veces incurables.

Es por ello, por lo que levantar al paciente se convierte en una acción obligatoria en las plantas de hospitalización llevada a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con la ayuda del personal subalterno. Sin embargo, hay ocasiones que realizar esta acción se convierte en una actividad muy complicada debido a la falta de movilización del paciente o al peso de este.

2 Objetivos

- Conocer la técnica de levantar a los pacientes encamados con la ayuda de la grúa hidráulica.
- Detallar el procedimiento realizado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el celador para levantar a un paciente con una grúa hidráulica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se entiende como grúa hidráulica al medio auxiliar utilizado para levantar a un paciente encamado con movilidad reducida o pasiva. Este medio se trata de dispositivo mecánico que permite la elevación de un paciente gracias al uso de una bomba hidráulica. El paciente se encuentra sujetado por el triángulo de elevación a través de un arnés que rodea al paciente por la espalda y lo sujeta por los muslos.

En la utilización del elevador hidráulico se necesita la participación de dos categorías profesionales, puesto que cada uno tendrá unas funciones pautadas de actuación. El celador se encargará de manipular la grúa hidráulica mientras que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de colocar el arnés al paciente y de ir posicionando al paciente en el sillón mientras lo baja la grúa hidráulica.

Técnica de actuación a la hora de levantar a un paciente con la grúa hidráulica. Al igual que ocurre con cualquier actuación realizada con el paciente, el primer paso es comunicar al paciente la actuación que se le va a realizar, para evitar una situación de miedo o sobresalto, al mismo tiempo que se le puede solicitar su ayuda.

El segundo paso será preparar el material necesario para evitar interrupciones durante el proceso al tener que salir de la habitación para recoger el material olvidado.

El tercer paso será controlar todos los dispositivos médicos transportados por el paciente. Se deberá prestar especial atención a las sondas vesicales, drenajes, cables de los sistemas de medicación, bombas de medicación, gafas nasales con el oxígeno, pulsímetro, cables de la monitorización, etc.

El cuarto paso será colocar el arnés al paciente, para lo cual el celador movilizará al paciente mientras el técnico en cuidados auxiliares de enfermería coloca el arnés.

Y por último, el quinto paso será elevar al paciente con la grúa hidráulica y posicionarlo sobre el sillón para cuando se baje la grúa el paciente se encuentre sentado en el sillón.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Técnica para levantar a un paciente con la ayuda de un elevador hidráulico. Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con la grúa hidráulica” nos demuestra una técnica a realizar en las plantas de hospitalización para levantar a aquellos pacientes que no pueden ser levantados a pulso por los profesionales sanitarios.

Es importante destacar que la utilización de una grúa hidráulica supone una situación de miedo por parte del paciente, por lo que se debe tranquilizar al paciente en todo momento, indicándole donde debe colocar los brazos para no sufrir daño alguno.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 180

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS CORPORALES DEL RECIÉN NACIDO

CORAL PARRA QUINTANILLA

1 Introducción

En este capítulo de libro se describirán las funciones que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en lo referente a los cuidados corporales que necesita el recién nacido, como pueden ser la higiene, el vestido, el cuidado de la nariz y oídos, el cuidado de las uñas y del ombligo.

Cuando el neonato nace, su peso puede oscilar entre los 2,5 kilos y 3,8 kilos y puede medir hasta unos 50 centímetros. Cuando el neonato nace entre la semana número 37 y 42 se puede decir que es un nacimiento a término.

La piel del bebé está cubierta de una sustancia blanquecina llamada vernix caseosa, cuya función es la protección de la piel. Además. Presenta en sus extremidades y espalda vello llamado lanugo. Cuando el bebé nace su tono de piel puede ser de color azulado hasta que al poco tiempo adquiera un color rosa. Durante las primeras 24 horas el neonato por norma general tendrá la primera micción, y las primeras heces recibirán el nombre de meconio, teniendo un aspecto de color negruzco.

La higiene ha ido evolucionando desde la antigüedad, pues en otra época brillaba por su ausencia, ya que se creía que la suciedad del cráneo protegía la fontanela

de los bebés, así como tampoco solían lavar los trapos que les ponían a los bebés, si estaban mojados con orina los dejaban secar y se los volvían a poner porque consideraban la orina como un desinfectante.

En cuanto a los pañales al principio se utilizaban telas que se lavaban cuando el neonato hacía sus necesidades, hasta que más tarde surgieron los desechables.

2 Objetivos

Conocer qué funciones debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería sobre los cuidados básicos corporales que debe recibir el recién nacido, en lo referente a higiene, vestido, cuidado de nariz y oídos, uñas y ombligo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se ha procedido a la búsqueda de información en libros como “Cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas, además de utilizar bases de datos como Scielo, Google Académico, PubMed y Medline.

Se han excluido en la búsqueda los idiomas distintos al castellano.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el encargado de llevar a cabo los cuidados necesarios del recién nacido o neonato. A continuación se citarán y explicarán uno por uno:

1. Higiene:

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede enseñar a los padres a realizar la correcta higiene de su bebé así como otros cuidados que necesite como pueden ser el cuidado de las uñas, ombligo mientras tenga el cordón umbilical, los ojos, la nariz, los oídos, cómo se realiza el cambio del pañal, etc.

Desde que el neonato nace, deben pasar al menos 24 horas sin realizarle el baño. -En primer lugar se va a preparar todo el material, como un termómetro para medir la temperatura del agua que no debe superar los 37°, llenaremos la bañera a una profundidad máxima de 15 centímetros, jabón líquido, gasas, suero fisiológico, toalla, etc.

- Siempre en cualquier procedimiento el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Después antes de quitar la ropa al bebé debe cerrar puertas y ventanas para evitar las corrientes.
- Le lavará los ojos con una gasa, una para cada ojo impregnada con suero fisiológico desde dentro hacia fuera.
- Para bañarlo no se podrá hacer por inmersión, ya que no se puede mojar el cordón umbilical, por lo que se realizará el baño con una esponja humedecida en agua y jabón.
- Se empezará el baño por la cabeza y se continuará por el resto del cuerpo.
- Terminado el baño se le coloca la toalla y se pone en una superficie estable.
- Se secará todo el cuerpo incluidos todos los pliegues cutáneos, se pondrá crema corporal por todo el cuerpo, pañal limpio y se limpiará el ombligo con cuidado y se colocará una gasa alrededor.

2. Vestido:

- La ropa que le pongamos debe ser fácil de poner y quitar, y el material debe ser de fibras naturales o algodón, ya que así tendrá menos problemas cutáneos por reacción alérgica o irritación.
- Le pondremos ropa cómoda y que le permita moverse.
- No debemos ponerle ropa que tengan botones, lazos o cinturones para evitar oprimirle.
- Tampoco lo abrigaremos demasiado para evitar una posible muerte súbita debido al exceso de calor.

3. Cuidado de la nariz y oídos:

- Se limpiarán los orificios nasales con suero fisiológico.
- Para los oídos se impregnará una gasa con suero fisiológico y se limpiarán externamente.

4. Cuidado de las uñas:

- Por norma general no deben cortarse hasta pasados 11 días de vida, es preferible usar una lima.

5. Cuidados del ombligo:

- Cambiado el pañal, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá limpiar el ombligo al menos 3 veces al día.
- Se desinfectará utilizando una gasa impregnada en clorhexidina, por último se enrollará una gasa seca y estéril alrededor del ombligo.

5 Discusión-Conclusión

La higiene ha ido evolucionando y mejorando a lo largo de la historia, ya que en los comienzos era escasa. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza una gran labor asistencial respecto al cuidado del bebé, pues tiene un amplio campo de responsabilidades.

Los bebés en sus primeros meses son muy vulnerables, por lo que mantener una buena higiene es esencial para prevenir posibles infecciones de microorganismos, ya que poseen un sistema inmunológico muy inmaduro. Por lo tanto, sería buena opción lavarse las manos de manera regular antes de tocar al bebé y mantener los pañales limpios secando muy bien los pliegues cutáneos.

6 Bibliografía

1. Artículo Mayo. 9 2016.La pulcritud. <https://www.nestlebebe.es/articulo/la-pulcritud>.
2. Características físicas del recién nacido. Dra. Esther Martínez. 11 Diciembre 2021. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/cuidados/caracteristicas-fisicas-recien-nacido/>.
3. Pañales de ayer y hoy. 16 de Agosto 2020. <https://bebecielito.com/blogs/noticias/panales-de-ayer-y-hoy>.
4. Libro “Cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas –A–” de “Ilerna Online S.L 2021“.

Capítulo 181

ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

Las úlceras del pie diabético se caracterizan por disfunción celular e inestabilidad biológica caracterizada por problemas mecánicos que retrasan la cicatrización normal. Estos trastornos incluyen la presencia de tejido necrótico y desechos, bacterias insuficientes y cambios en la cantidad y composición del exudado. Las heridas que cicatrizan bien requieren atención local, incluido el drenaje, el control de infecciones y la retención de líquidos.

La diabetes no controlada puede dañar los músculos los vasos sanguíneos y los tendones de las piernas. Esta lesión provoca entumecimiento y pérdida de sensibilidad en las piernas (neuropatía sensorial) o debilidad muscular (neuropatía motora), pero la sudoración disminuye debido a cambios en la piel. Olores causados por neuropatías específicas. Esto puede causar piel seca y agrietada y aumentar el riesgo de infección.

Los vasos sanguíneos diabéticos aumentan la cantidad de vasos sanguíneos grandes y aumentan el grosor del fondo de los vasos sanguíneos pequeños, lo

que puede afectar la microcirculación. Al revisar el pie diabético, es importante conocer el estado de las arteriolas de las extremidades, es decir, si el paciente tiene enfermedad de las arterias coronarias y por lo tanto no tiene pulso lento, entonces se puede decir que las posibilidades de recuperación son bajas. Si tenemos polineuropatía y sentimos el pulso pedal en la pierna afectada, lo mejor que podemos hacer en este momento es el tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento de abordaje de las úlceras del pie diabético.
- Identificar el rol de enfermería en las úlceras de pie diabético.

3 Metodología

Para la elaboración de este presente capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y sitio web como Medline y úlceras.net, entre otros.

4 Resultados

Con los cuidados adecuados, el 90% de las personas con úlceras y diabetes se recuperan, aunque la mejor explicación depende de su estado de salud y de la buena adherencia a los medicamentos prescritos.

Métodos tópicos según la gravedad de la enfermedad:

Grupo 0:

Hiperqueratosis (callos, callosidades o grietas): después del lavado aplicar una crema ligera de lanolina o urea, secar bien las piernas (de uno o ambos lados). Es importante utilizar una piedra pómez para eliminar la sequedad. En grietas, es necesario utilizar un antiséptico suave y, si es posible, no ensuciar la piel. Un podólogo atenderá el teléfono.

Grado 1: úlcera superficial: toda la pierna sanará en tres o cuatro semanas. Lavar con sal diariamente (bajo ciertas condiciones) y mantenga el ambiente húmedo.

Compruebe si hay plagas cada 2-3 días. Se han recetado una variedad de productos, incluidos anticuerpos, productos derivados de plaquetas o productos de colágeno.

Grado 2: herida profunda: exposición parcial de la pierna. Se debe considerar el riesgo de infección, especialmente síntomas locales, celulitis, linfadenitis, fisuras, médula ósea, exudados purulentos, escorias, vermes, perforaciones, fugas, gangrena, etc. Se realizará una extirpación quirúrgica extensa, eliminando el tejido muerto, así como la hiperqueratosis que cubre la herida. Para las escamas que no se pueden quitar con bisturí podemos ayudar con productos como enzimas proteolíticas o hidrogeles.

Se requieren apósitos de sulfadiazina de plata u otros tipos de apósitos de plata cuando se observan signos de infección, y se requieren medidas correctivas como apósitos, hidrocoloides y alginatos para lesiones graves. Tras tomar muestra de herida para cultivo y tratamiento antibiótico, se inició tratamiento con antibióticos convencionales. Allí se sospecha osteomielitis (siempre con radiografías locales) antes de la aparición de enfermedad no patológica.

Grado 3: si hay áreas de celulitis, absceso u osteomielitis, el paciente debe ser hospitalizado para desbridamiento quirúrgico y terapia con antibióticos si hay evidencia de sepsis.

Categoría 4: Dedos/Pie Gangrenoso: Paciente ingresado para estudio de extensión periférica y evaluación de manejo quirúrgico (bypass, angioplastia, amputación)

Categoría 5: Pie Gangrenoso: El ingreso para cirugía y amputación es obligatorio.

5 Discusión-Conclusión

Existen factores de riesgo que pueden afectar negativamente la salud, tales como: Sensación disminuida o perdida total, mala circulación, heridas infectadas. El cuidado de las heridas consiste en un abordaje interdisciplinario. En concreto, nos centraremos en la eliminación de tejido que nos resulte perjudicial, es decir, el desbridamiento mediante bisturí. También se puede utilizar cremas enzimáticas que realiza un tratamiento químico para eliminarlos (eliminación enzimática). Para ello se pueden utilizar otros medios como la irrigación o la hidrocirugía con equipos especiales.

Existen una serie de factores de riesgo que se pueden evitar y que pueden favorecer la cicatrización de estas heridas, entre los que se encuentran hábitos nocivos como el tabaquismo y la bebida, la obesidad y el sedentarismo. Es necesario adoptar hábitos de vida saludables como la alimentación saludable y el ejercicio.

Para curar una herida, es necesario quitar el exceso de fricción y presión que causó la herida. Es necesario aliviar el pie, ya que puede evitar que la compresión deje cicatrices y puede ayudar a estirarse a un nivel más profundo. Los dispositivos ortopédicos más utilizados para el alivio temporal son almohadillas de fieltro, zapatos postoperatorios, férulas y botas, aparatos ortopédicos plantares y zapatos terapéuticos.

Los aparatos ortopédicos de silicona también están disponibles para prevenir la dislocación del dedo del pie y todas las dolencias metatarsianas.

La descompresión de zona a menudo se implementa de manera insuficiente en los sistemas de salud pública debido al acceso deficiente a los recursos y la escasez general de podólogos. Una atención de seguimiento integral con controles regulares por parte de un podólogo diabético puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

Braun. Sharing Expertise. Úlceras del pie diabético. Prevención y tratamiento. Braun; 2020. Disponible en: <https://www.bbraun.es/es/productos-y-terapias/cuidado-de-las-heridas/ulceras-del-pie-diabetico.html>

Servicio Gallego de Salud. Tratamiento de las úlceras del pie diabético. Úlceras fuera; 2021. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Tratamiento-p%C3%A9-diab%C3%A9tico?idioma=es&print=1>

Úlceras.net. Pie diabético: Tratamiento. Úlceras.net; 2021. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monografico/97/83/pie-diabetico-tratamiento.html>

Medline Plus. Úlceras en los pies por diabetes. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU; 2020. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000077.htm>

Fabelo MA, Figueroa MA, Valdés PC, et al. Evolución de las úlceras de pie diabético con el tratamiento mixto de Heberprot-P® y ozonoterapia. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. 2019;20(1):1-15.

Capítulo 182

LA HIGIENE Y CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO Y DEL ADULTO

MONTSERRAT FREAZA VEIGA

1 Introducción

La higiene de los recién nacidos y de los adultos es algo fundamental para prevenir infecciones y para su bienestar. El personal sanitario debe de conocer la importancia de una higiene adecuada.

Podremos definir como higiene a la suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades, aumentando la seguridad del paciente. A la hora de la higiene y del cuidado del recién nacido sí tiene que prestar especial atención a la piel del neonato, ya que posee unas características especiales, la capa externa al estar poco desarrollada presenta una mayor pérdida de calor, teniendo una gran capacidad para la absorción de medicamentos tópicos o cremas, pero al estar poco desarrollada también estará más expuesta a infecciones. El recién nacido también carece de pilosidad, es decir que no tiene vello, lo que tiene es lo llamado lanugo, una especie de “pelusa” que irá perdiendo poco a poco, lo que hará que se escame con facilidad, lo que conlleva que la piel sea muy delicada y necesite cuidados especiales.

En cuanto a la higiene y cuidados del adulto, sobre todo si no es autosuficiente, se repartirá en cuidados de mañana, tarde y baño diario. Puede ser de forma total o parcial. El baño parcial se realizará en zonas específicas del paciente, como puede ser en las zonas genitales antes de un sondaje, aseo del cabello, etc.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas para la adecuada higiene del recién nacido y del adulto.

Describir los cuidados a seguir por parte del personal sanitario.

3 Metodología

Para poder realizar este trabajo, se ha realizado una búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido. También se han buscado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A la hora del baño del recién nacido es importante tener en cuenta una serie pautas a seguir:

- Elegir el momento tranquilo del día, así se conseguirá que esté relajado.
- Tener en cuenta la temperatura ambiente (22-24 °C), y la del agua (36-38 °C).
- Usar jabones suaves y muy poca cantidad y el aseo, se comenzará lo primero la cabeza y lo último los genitales.
- El baño no debe de durar mucho tiempo.
- Después de sacarlo del agua, secarlo sin frotar, haciéndolo son suaves toques, haciendo hincapié en los pliegues cómo es axilas, ingles o genitales.
- Por último hidratar la piel dándole un masaje bien con una crema o aceite adecuado.
- El ombligo se limpiará con agua y jabón durante el baño, muy importante es mantenerlo seco para favorecer su cicatrización, cuando el cordón se caiga (entre 5 y 15 días aproximadamente) se limpiará con alcohol de 70° de dos a tres veces al día (después del baño y cuando se haga el cambio de pañal.
- No aplicar colonia o perfumes directamente en la piel del bebé, ya que pueden producirle reacciones alérgicas, se le aplicará en la ropa.
- Las uñas se le cortarán al límite de la piel para evitar que se le claven, para eso se utilizarán con una tijera pequeña de bordes romos.
- Lo referente a los ojos se limpiarán desde la parte interna hacia la externa.
- Nunca extraer la cera de los oídos, pues sirve de defensa, sólo se limpiará la parte externa con una gasa húmeda.

En cuanto a la higiene del adulto, lo primero será tenerlo informado. Y al igual que en la higiene y cuidado del recién nacido, se seguirán una serie de pautas:

- Se mantendrá una temperatura adecuada en la habitación, cerrando ventanas para evitar corrientes de aire.
- Comprobar que tenemos todo el material necesario para el aseo a mano, comprobando que el agua esté a la temperatura adecuada.
- El aseo se realizará siempre respetando la intimidad del adulto, cubriéndolo con una toalla o sábana, dejando únicamente al descubierto la zona a lavar.
- Se llevará un orden a la hora de comenzar, se empezará por los ojos (desde el interior al exterior), cara, cuello y orejas. A continuación hombros, brazos, manos, tórax y mamas, abdomen, extremidades inferiores, espalda y nalgas. Y por último los genitales (de delante hacia atrás).
- Después de finalizado el aseo se le colocará el pijama o camión.
- Es importante estar atento a la higiene bucal del adulto. Si el paciente está inconsciente, será función del auxiliar de enfermería llevar a cabo esa higiene bucal, procediendo lo primero a poner al paciente en la posición adecuada (decúbito lateral) o con la cabeza girada y posteriormente comenzará la higiene bucal, se colocarán unas gasas en una pinza de Kocher en modo de torunda que se impregnarán en una solución antiséptica. Se limpiará primero lengua, dientes y paladar ayudándose de un depresor lingual.

Las uñas de las manos se cortarán en línea curva, y las uñas de los pies en línea recta.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar de enfermería será fundamental en cuanto a la higiene y cuidado en el recién nacido y en el adulto (sobre todo si está encamado). Todo auxiliar de enfermería debe de saber realizar una buena higiene y un buen cuidado para proporcionar al paciente confort y bienestar.

Antes de comenzar el aseo de un adulto encamado, el auxiliar de enfermería le deberá de informar de lo que se le va a hacer, y le estimulará a colaborar en ello para incentivar su independencia.

Es importante tanto en el recién nacido como en el adulto que después de una higiene óptima se realice una buena hidratación.

6 Bibliografía

1. <https://www.logoss.net/file/264/download?token=wEptBTDT>

2. <https://revistamedica.com/auxiliar-enfermeria-higiene-paciente-intensivos/>

Capítulo 183

EL ALCOHOLISMO Y EL APOYO DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA

VANESA FERNÁNDEZ DACRUZ

1 Introducción

La enfermedad conocida como alcoholismo, es una adicción o hábito que adquiere una persona de ingerir grandes cantidades de alcohol de las que el cuerpo puede soportar, hasta coger como hábito el beber alcohol todos los días debido a la dependencia que la persona genera.

Estas personas que lo padecen, necesitan ingerir todos los días abundantes cantidades de alcohol, creando una dependencia tanto física como psicológica, desarrollando el síndrome de abstinencia cuando no ingieren las cantidades adecuadas o suficientes que estos necesiten de forma diaria.

Cada vez, ingieren mayores cantidades de alcohol hasta llegar al punto de que no tengan control de la cantidad de líquidos que estos ingieran. Se considera una enfermedad crónica, progresiva, y en algunos casos puede causar la muerte si no se para a tiempo.

Que una persona dependa tanto del alcohol, puede ser por causas genéticas, por una enfermedad o trastorno mental, o cualquier tipo de problema que la persona lo adquiere como método para evadirse de todo, sintiéndose bien cuando está bajo los efectos del alcohol.

A estas personas, les vale todo tipo de bebidas alcohólicas, ya sea vino, cerveza, cualquier tipo de ginebras, tequila, ron... El caso es la necesidad de consumir alcohol.

2 Objetivos

- Describir los posibles orígenes y los tipos de alcoholismo.
- Exponer las formas de apoyo del personal de enfermería a los pacientes con alcoholismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y google académico.

4 Resultados

Actualmente, se dice que no hay unas causas exactas por las que una persona se vuelva alcohólica, pero puede venir relacionado con temas genéticos o factores medioambientales.

Pero tiene que ver con problemas familiares, de que algunos de sus progenitores hayan sido alcohólicos, puede ser por diversos problemas o estrés u otras causas que pueden ser multifactoriales porque tiene una gran variedad de causas.

La finalidad de la ingesta en grandes cantidades de este tipo de bebidas alcohólicas, es evadirse de los problemas, reducir el nivel de ansiedad, nivel de estrés o depresivo de algunas personas...

Dentro de este alcoholismo, podemos diferenciar diversos tipos de alcohol dependiendo del grado que padezca la persona.

-Alcoholismo del tipo 1: frecuente en personas con más de 25 años de edad con grandes episodios de abundantes ingestas de alcohol, desarrollando una dependencia por este tipo de bebidas. Un estudio dice que tiene el 21% en el que puede ser heredado.

-Alcoholismo del tipo 2: se desarrolla durante la etapa adolescente, con un historial violento e intervenciones policiales. No ingiere tantas grandes cantidades de alcohol como el alcoholismo del tipo 1.

Los efectos secundarios del alcoholismo, puede causar graves daños en la salud del bebé que la embarazada espera, pudiendo causarle anomalías o alteraciones

tanto físicas como mentales, también desarrollando el síndrome de alcoholismo fetal.

El apoyo que el personal de enfermería puede brindar a estas personas puede ser: ayudar a establecer hábitos saludables, intentando reducir cada vez más la ingesta de bebidas alcohólicas, control de que este se tome la medicación impuesta por el médico, mantener conversaciones haciéndole saber y comprendes que es una sustancia nociva para su salud y puede traerle problemas a la larga, informándole sobre las ventajas o desventajas.

5 Discusión-Conclusión

Para cerrar este proyecto de investigación sobre el alcoholismo en las personas, se debe de tener en cuenta que una persona con este problema, como es el alcoholismo, requiere ayuda porque por sí sola no puede controlarlo debido a la gran dependencia que ha creado al consumir cantidades exageradas de alcohol.

Para ello, debe de pedir ayuda a un especialista y al personal sanitario que está debidamente formado y especializado para ello, siguiendo las pautas o indicaciones que deba de seguir para lograr su total desintoxicación y poder gozar de una buena vida sana y saludable, sin ningún problema de salud.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-08-18]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 18 agosto 2023.

Capítulo 184

ESTRÉS EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL: UNA EPIDEMIA CRECIENTE

MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ALONSO

LAURA LLERA DIAZ

LILIANA LÓPEZ PASTOR

MARGARITA GÓMEZ FERNÁNDEZ

ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO

1 Introducción

Los riesgos laborales, tradicionalmente evaluados por los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas, estaban prioritariamente relacionados con los factores de riesgos físicos, químicos y biológicos, y con la seguridad, la ergonomía, y la higiene de los puestos de trabajo, olvidando casi por completo los factores psicosociales de los mismos.

Es a partir de mediados del siglo XX, cuando estos riesgos psicosociales toman importancia y hay seguimiento más continuado por parte de estos servicios de prevención laboral. Se empieza a considerar a estos riesgos psicosociales inherentes al trabajo, como un serio factor de riesgo, y como estos pueden influir en el bienestar físico y mental es decir en la salud, de los profesionales.

Los principales riesgos psicosociales laborales estudiados, en las últimas décadas, por los servicios de prevención de riesgos laborales, hacen referencia al estrés, acoso en el trabajo o mobbing, violencia en el trabajo, acoso sexual, desgaste profesional o burnout, inseguridad laboral, etc. Otros riesgos psicosociales, aún menos estudiados, pueden ser según diferentes investigadores, el envejecimiento de los trabajadores, la intensidad laboral, el conflicto trabajo-familia, el trabajo emocional, etc.

En los centros hospitalarios donde los cronogramas horarios parecen ir en contra de los biorritmos naturales, donde las organizaciones en los departamentos suelen ser directivas y jerárquicas, donde el contacto directo con las enfermedades, problemas de salud, la muerte, etc., parece ser habitual, donde la toma de decisiones vital es inmediata, etc., parece existir un ambiente laboral muy favorecedor de situaciones de estrés profesional entre sus trabajadores.

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es conocer el estado de estrés presente en los profesionales de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada sobre el estrés en los profesionales de los hospitales, y obtenida en bases de datos de páginas científicas de internet como Medline, Lilacs, Dialnet, Schielo.

Para esta búsqueda documental se utilizaron los terminos claves: estrés, personal hospitalario, burnout.

La búsqueda documental se realizó entre junio23 y julio23, y el periodo de publicaciones se limitó al intervalo de tiempo entre el año 200 y el año 2022.

4 Resultados

De la literatura revisada sobre el estrés en el personal hospitalario, encontrada en bases de datos de internet se han obtenido los siguientes resultados.

La primera información obtenida es la definición de estrés generado en el ámbito laboral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “un patrón

de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades”. Entendemos por ello que el estrés es una situación psicológica negativa y desagradable que aparece en los profesionales, incluidos los profesionales hospitalarios, cuando estos no se sienten realizados con su labor profesional, bien sea por la falta de aptitud, medios o por la escasa formación para realizar la tarea.

En nuestra revisión documental observamos que la situación de estrés laboral tiene una tasa moderada-alta entre los profesionales del ámbito hospitalario y que además repercute negativamente sobre la salud. También vemos que existen diferentes niveles de estrés según la unidad o área revisada, así es que las unidades de cuidados intensivos, las áreas de urgencias, las plantas de cuidados paliativos, oncología, etc., son los departamentos con más prevalencia de estrés laboral. Parece ser que las circunstancias laborales con mayor carga de trabajo, mayor responsabilidad, toma de decisiones urgentes, etc., los niveles de estrés en el profesional hospitalario se incrementan de forma importante.

La forma de clasificar los diversos estresores laborales es muy diversa según los diferentes investigadores, pero observamos coincidencias entre diversos estudios que indican como estresores más relevantes; el ambiente físico, la inseguridad laboral, la organización del trabajo, los turnos de horarios rotacionales, las relaciones interpersonales, la atención asistencial directa con los enfermos y sus familiares, etc.

La mayoría de los estudiosos científicos revisados, coinciden en señalar que los altos niveles de estrés terminan provocando problemas en la salud de los profesionales que los sufren. A nivel físico aparecen trastornos del sueño, problemas gastrointestinales, dolencias musculoesqueléticas, fatiga física, etc., y a nivel psicológico un descenso en la gratificación producida por la labor, un menor rendimiento profesional, un incremento de los accidentes laborales, aumento del absentismo, etc. A nivel social, esta situación de estrés crónico puede afectar a las relaciones sociofamiliares con un progresivo distanciamiento de las amistades y muchas veces aparece una ruptura familiar.

Los servicios de prevención de riesgos laborales deberían valorar más aun a los informes regulares que hacen las Organizaciones Internacionales del Trabajo, y tomarlos en consideración para actuar con acciones y medidas en prevención de un incremento de los daños psicoemocionales resultantes de la realización de profesiones hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

El estrés producido como consecuencia de la actividad laboral tiene un nivel moderadamente alto entre los profesionales del ámbito hospitalario. Este estrés suele ser consecuencia de una situación donde el profesional hospitalario no siente una satisfacción personal en la labor realizada, bien sea por falta de aptitud, medios, o bien sea por falta de formación.

Los niveles de estrés en la labor hospitalaria varían en función de la unidad o área consultada y observamos que los departamentos con mayor prevalencia de estrés son las áreas donde existe una sobrecarga de trabajo, en las que se deben tomar decisiones importantes en el momento, donde existe más interacción directa con los enfermos y sus familiares, etc.

Los principales factores estresantes son la organización laboral, la turnicidad rotatoria del trabajo, el ambiente físico de la unidad, las relaciones profesionales con los compañeros de trabajo, la organización laboral del departamento, etc.

Este alto nivel de estrés laboral favorece la aparición de problemas de salud, tanto a nivel físico, emocional, como social. A nivel físico aparecen principalmente la fatiga física, con dolencias musculoesqueléticas, con alteraciones del ritmo del sueño, con la aparición de problemas digestivos, etc. En cuanto a los problemas psicoemocionales se observa un descenso del rendimiento y de la calidad del trabajo realizado. Una consecuencia muy importante de padecer estrés laboral crónico es el incremento de problemas sociofamiliares con un progresivo aislamiento del trabajador de su entorno social y familiar.

Los servicios de prevención de riesgos laborales han iniciado desde hace unas décadas a tener consideración los principales factores estresantes de las distintas profesiones hospitalarias, pero aun los números de casos de estrés profesional sanitario son excesivamente altos, dando lugar a un descenso de la calidad de vida de estos profesionales afectados por el estrés de su profesión.

6 Bibliografía

Míngote Adán C, Antón A. El estrés del médico. Ed Díaz de Santos. 1999. ISBN: 84-7989-407-5

Míngote Adán C, Moreno B, Galvez M. El desgaste del médico. Ed. Díaz de Santos. 2009. ISBN: 978-84-7978-919-0.

Míngote Adán C, Gálvez Herrer M. El estrés del médico. Masdermatología. 2011; 15:16-19.

Díaz A, Feldman. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral

(desbalance/esfuerzo-recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolana. *Ciencia&trabajo*.2010. n° 36 320-326.

Palacios ME, Paz MP. Estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de la ciudad de México. 1° Congreso Internacional y 4° Foro De las Américas en Investigación sobre factores psicosociales, estrés y salud mental en el trabajo. Oct 2012. Bogotá.

Colunga-Rodriguez AC, Enriquez-Hernandez CB, Angel-González M, Dominguez -Díaz R. Desarrollo científico enfermero. 2009. Ago. N° 17(7).

Ros S, Comas A, García-García M. Validación de la versión española del cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRESOMA. *Actas españolas de Psiquiatría*. 2010, Dic, 38 (6):345-357.

Mas R, Escrivá V. La versión española de la escala "The nursing stress escale" Proceso de adaptación transcultural. *Rev. Esp. Salud Pública* vol n°72 n°6 529-538.

Capítulo 185

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

1 Introducción

El hospital es un entorno sanitario donde se acumulan muchas enfermedades, por lo que tenemos que tener en cuenta la higiene como un factor muy importante. Se puede decir que la higiene mejora la salud y nos ayuda a prevenir enfermedades.

Los tipos de higiene que podemos diferenciar se dividen en dos grupos:

-La higiene individual (conjunto de normas y rutinas encaminadas a conservar la salud individual) y la higiene social (reglas adaptadas a una sociedad).

El aseo del paciente encamado se realiza cuando el paciente no puede hacerlo por sus propios medios o necesita guardar reposo.

Además, la higiene ayuda en la circulación sanguínea de las extremidades y la activación de los músculos. Para ello, es necesario seguir los protocolos y preparar todos los materiales necesarios con antelación.

2 Objetivos

- Exponer cómo ha de ser la higiene de los pacientes encamados.
- Describir cuáles son las funciones del TCAE en este ámbito.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La higiene en el paciente encamado tiene varios beneficios importantes para su salud y bienestar, entre ellos:

1. Prevención de infecciones: La higiene adecuada puede ayudar a prevenir infecciones al eliminar las bacterias y otros microorganismos que pueden causar enfermedades. Esto es especialmente importante en pacientes encamados que tienen un mayor riesgo de infección debido a su inmovilidad y su estado de salud debilitado.
2. Mejora de la circulación sanguínea: La falta de movimiento en pacientes encamados puede provocar problemas circulatorios. La higiene, como el lavado y la manipulación de las extremidades, puede mejorar la circulación sanguínea y prevenir la formación de coágulos.
3. Protección de la piel: La higiene adecuada puede ayudar a proteger la piel de los pacientes encamados, lo que puede prevenir la aparición de úlceras por presión. Además, la higiene puede ayudar a prevenir irritaciones y lesiones en la piel debido a la humedad o la fricción.
4. Mejora del bienestar emocional: La higiene adecuada puede mejorar el bienestar emocional de los pacientes encamados al hacerlos sentir limpios y frescos.

También puede mejorar la autoestima y la autoimagen, lo que puede llevar a una mayor confianza y bienestar emocional.

5. Detección temprana de problemas de salud: Durante la higiene, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden examinar la piel y otras partes del cuerpo del paciente para detectar cualquier cambio o problema de salud temprana. Esto puede llevar a cabo una intervención temprana y un mejor resultado para el paciente.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TCAE EN EL ASEO

Aquí hay algunos pasos que se pueden seguir:

- Lávate las manos: antes de realizar cualquier procedimiento, asegúrate de lavarte las manos con agua y jabón o usar un desinfectante de manos a base de alcohol.
 - Prepara el material: prepara todos los materiales que necesitarás, como guantes desechables, paños húmedos, toallas, jabón suave, agua tibia y una bandeja para colocar todo.
 - Protege la cama: coloca una sábana impermeable en la cama debajo del paciente para proteger la ropa de cama de la humedad.
 - Ayuda al paciente a cambiar de posición: si el paciente puede moverse, ayúdalo a cambiar de posición para facilitar la limpieza. Si el paciente no puede moverse, asegúrate de cambiar su posición regularmente para prevenir úlceras por presión.
 - Limpia la cara y las manos: usa un paño húmedo y jabón suave para limpiar la cara y las manos del paciente. Seca con una toalla limpia.
 - Limpia el cuerpo: utiliza un paño húmedo y jabón suave para lavar el cuerpo del paciente.
- Comienza por la cara y el cuello, luego muévete hacia abajo del cuerpo.
- Limpia cada área por separado y cambia el paño y el agua con frecuencia para evitar la contaminación.
 - Utiliza una toalla limpia y seca para secar el cuerpo del paciente.
 - Si la ropa de cama está sucia o húmeda, cámbiala por una limpia.
 - Elimina el material usado: desecha todos los materiales usados, como paños y guantes
 - Lava tus manos nuevamente: una vez que hayas terminado, en una bolsa de basura adecuada.

Se necesita un plan de cuidados que incluya el uso de productos y técnicas cutáneas no agresivas como la hidratación con cremas y lociones para mantener la piel hidratada.

Los principales encargados del aseo del paciente encamado son el TCAE con la ayuda del celador y bajo el control del facultativo (enfermera), por esta razón el

TCAE debe tener los conocimientos necesarios sobre los diferentes tipos de aseos que se pueden realizar a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La higiene también puede tener un efecto positivo en la salud mental del paciente. Una buena higiene personal puede mejorar la autoestima y la autoimagen, lo que puede llevar a una mayor confianza y bienestar emocional. Además, el tiempo dedicado al aseo personal puede ser una oportunidad para que el paciente se relaje y se sienta cuidado y atendido.

Concluir que el cuidado de esta higiene es una de las principales funciones del TCAE en relación con los pacientes encamados.

6 Bibliografía

- 1.-<https://revistamedica.com/actividades-tcae-aseo-encamado/>
- 2.-<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-higiene-al-paciente-encamado-por-la-tcae/>
- 3.-<https://www.studocu.com/es/document/universidad-ceu-cardenal-herrera/fundamentos-de-la-enfermeria/tecnicas-basicas-de-enfermeria-apuntes-tema-2-la-piel-higiene-y-aseo-del-paciente/22602090>
- 4.http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cuidados%20basicos%20del%20paciente%20encamado.pdf
- 5.https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf

Capítulo 186

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE EXTRACCIONES HOSPITALARIA

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

1 Introducción

El centro hospitalario en relación con los servicios hematológicos que ofrece tiene una unidad que es la unidad de extracciones de sangre, donde, no sólo se analiza la sangre, sino que además, se dedica al análisis de otras muestras biológicas, como puede ser la orina y las heces.

La unidad funciona con la programación de agendas citadas, es decir, los pacientes o usuarios, acuden a la misma, con el consiguiente volante, el día y la hora, ésta suele comenzar a primera hora de la mañana, para la correspondiente extracción. Estos volantes pueden proceder de especialistas del centro hospitalario o de los médicos de familia de los centros de salud, es decir, el paciente del

centro de salud tiene la posibilidad de realizarse el análisis en el centro de salud o en el hospital.

Las extracciones son realizadas por las enfermeras del centro hospitalario, según el correspondiente cuadrante mensual que tienen, esto es, tienen en sus respectivos turnos de mañana, las dos horas aproximadamente de comprenden las extracciones, para acudir a dicha unidad, reincorporándose, el resto del turno en su habitual unidad o servicio hospitalario.

Además de las enfermeras, en la unidad, también trabajan, auxiliares administrativos, que gestionan y coordinan todos los volantes recibidos, y los TCAE, que realizan unas labores que son las que se van a analizar en el siguiente capítulo.

Hay que señalar que los turnos de los auxiliares administrativos y de los TCAE se realizan íntegramente en la unidad.

2 Objetivos

- Describir cómo funciona la unidad de extracciones del centro hospitalario.
- Conocer las funciones que el TCAE desarrolla en la unidad de extracciones del centro hospitalario.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

En el centro hospitalario, a diferencia del centro de salud de atención primaria, los volantes de las extracciones se entregan en ventanilla a primera hora de la mañana, en el centro de salud, las extracciones y sus volantes son programados con antelación. Esto significa que el TCAE destinado en la unidad, tiene que preparar todos los tubos referentes en el volante de cada paciente, a un tiempo vertiginoso, puesto que las enfermeras van llamando inmediatamente después.

En cada puesto de extracción, el TCAE prepara y coloca los tubos necesarios, así, como el alcohol, el algodón y los compresores necesarios. Estos materiales, al final de la extracción, los repondrá para el siguiente día.

El TCAE recoge de cada puesto de extracción todos los tubos de sangres y los clasifica, puesto que cada uno de ellos, irá dispuesto al análisis de las hormonas o sustancias deseadas. Los tubos son recogidos en una máquina rotativa de análisis en donde la sangre no puede coagularse, y desde aquí, una vez terminada la extracción en todos los puestos, hacia los laboratorios clínicos del centro hospitalario. Este traslado se realiza por el TCAE en carritos especiales para transportar los tubos y analíticas para prevenir caídas y roturas de los mismos.

Una vez terminada la extracción en la unidad de extracciones, el TCAE repone todos los puestos de la misma, con los materiales necesarios, de algodón, alcohol, compresores, jeringuillas y agujas, y se dirige al almacén de la unidad para el recuento y reposición del material que falta, entre ellos, tubos de extracciones o cualquier otro material.

El TCAE termina su turno en la unidad de extracciones, reponiendo todo el material textil utilizado, sabanillas y entremetidas, que las coloca en los asientos de las enfermeras en todos los puestos de la unidad, y para ello se dirige al servicio de lencería solicitando la ropa necesaria.

5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE dentro de la unidad de extracciones de sangre es muy importante y especialidad. El TCAE debe saber en cada puesto de extracción los tubos y el color de los mismos, según el volante presentado por el paciente, siendo también necesario que esté formado en la identificación de los códigos de barra de cada tubo o recipiente.

Por eso desde aquí se hace un llamamiento a la administración sanitaria para que en los planes y cursos de formación anuales se comprometan a realizar cursos específicos para diversos servicios hospitalarios, donde se hace más necesario, que el TCAE, esté mejor formado en el funcionamiento del mismo.

6 Bibliografía

1. ¿Cuál son las funciones del auxiliar en una extracción de sangre?. Disponible en: <https://auxiliar-enfermeria.com>
2. El TCAE en la conservación y envío de muestras biológicas para analizar. Disponible en: <https://revistamedica.com>

3. El TCAE en el manejo de muestras biológicas. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 187

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

1 Introducción

La unidad de observación del servicio de las urgencias hospitalarias es una de las unidades que componen el mismo. Junto a esta existe la unidad de boxes de urgencias, la unidad de especialidades médicas, la unidad de urgencias pediátricas y la unidad de box vital.

La estructura física del servicio de las urgencias hospitalarias además cuenta con el mostrador de admisión, donde las auxiliares administrativos realizan la entrada de los pacientes en el sistema informático, las salas de espera y la sala de triaje de los pacientes que acuden al servicio de las urgencias hospitalarias.

La unidad de observación es la última estancia donde el paciente que está en urgencias, en cualquiera de sus unidades, puede ingresar durante un tiempo determinado, suele ser de veinticuatro horas como máximo, aunque existen otros que pueden permanecer más tiempo, para pasar de la unidad de observación a las unidades hospitalarias correspondientes o ser dados de alta hospitalaria, dependiendo de la evolución de su proceso patológicos.

La unidad de observación está dotada de estancias con cama, numerados por orden numérico, contando con algún box, para pacientes que presenta alguna enfermedad infecciosa o esté inmunodeprimido.

En la unidad trabajan los médicos de urgencias, las enfermeras, los TCAE y los celadores. En este capítulo se conocerán las funciones que realiza el TCAE dentro de la unidad.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad y la estructura de la unidad de observación de las urgencias hospitalarias.
- Conocer las funciones que el TCAE realiza en la unidad de observación de las urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como otras fuentes consultadas.

4 Resultados

El TCAE ante la llamada de las especialidades médicas o de los boxes de urgencias para el ingreso de un paciente de estas unidades a observación, prepara la cama donde el dicho paciente ingresa. Preparar la cama, significa, que con la ayuda del celador, saca la cama del box correspondiente y le coloca un suapel y el transfer para la realización del intercambio.

Una vez colocado el paciente en su cama, el TCAE revisa, el pañal, si lo tuviese, del mismo, y lo cambia en caso necesario, así como los instrumentos y aparatos

que traiga conectados, como vías de sueros o bolsas de orina.

En el turno del TCAE, este revisa a cada paciente en cada momento, observando, si la diuresis debe recogerse o por el cambio de pañal en caso necesario. En los turnos de la mañana, el TCAE realiza los aseos de los pacientes, lo mismo, que en las unidades hospitalarias, anotando en las hojas de datos, la orina recogida, el tipo de dieta de cada paciente y los cambios de los pañales.

En los casos de los pacientes que presentan una movilidad reducida, el TCAE ayuda al mismo, a la toma de las comidas correspondientes, ya sea almuerzo, merienda o cena, siempre con la paciencia que caracteriza al profesional.

Los pacientes ingresados en los boxes monitorizados están controlados, tanto, en los monitores del box, como, en los monitores del mostrador de la unidad, y es el TCAE, formando parte del equipo, también responsable de estar continuamente observándolos.

En los cambios de ropa de la cama, el TCAE realiza el cambio y la vestida de toda la cama, colocando la ropa sucia en las bolsas correspondientes, que una vez llenas, echará en el carro de la ropa sucia, para su posterior traslado por el celador al servicio de lencería.

El TCAE colabora con la enfermera en todas las acciones que requiera el paciente y sea demandado por el personal sanitario, como por ejemplo, en la colocación de enemas, vías o curas de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE en la unidad de observación es fundamental para el buen desarrollo de la misma, junto con la enfermera, es la responsable de los cuidados de los pacientes, que esperan a ser dados de alta hospitalaria o ingresados en las unidades hospitalarias correspondientes.

El TCAE en la unidad de observación tiene que estar siempre controlando a los pacientes, observando los monitores y las situaciones de los mismos, porque en cualquier momento puede producirse algún hecho que necesite de una intervención rápida y urgente, sobre todo, en aquellos pacientes que son derivados de la unidad de box vital.

6 Bibliografía

1. Papel del TCAE en urgencias hospitalarias. Disponible en: <https://revistamedica.com>

2. El auxiliar de enfermería en urgencias de un hospital. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>

Capítulo 188

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PRUEBAS DE DIGESTIVO

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

1 Introducción

Las pruebas de digestivo es uno de los servicios sanitarios que ofrece el centro hospitalario con un volumen de pacientes diarios considerable. Los pacientes que se atienden en las diferentes salas de las pruebas son derivados a las mismas por el propio especialista de digestivo, por otros especialistas, por otros centros hospitalarios, o por el servicio de las urgencias hospitalarias del propio centro. En las diferentes salas de las pruebas se realizan colonoscopias, broncoscopias, endoscopias, y colocación y retirada de pegs. La colonoscopia tiene como objetivo, a través del colonoscopio (tubo alargado con una cámara en su extremidad),

la observación del intestino grueso y el recto. La endoscopia, similar a la colonoscopia, trata de observar el estómago y esófago con el colonoscopio. La peg consiste en la colocación de un tubo desde el ombligo del paciente hasta su estómago, para una alimentación parenteral.

Estas pruebas se pueden realizar con sedación o sin sedación, a preferencia del paciente, y a diferencia de otras pruebas diagnósticas, son pruebas invasivas, que el cuerpo humano trata de rechazar.

Existe otra prueba de digestivo, la prueba cpr, o llamada también, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, que se realiza por el servicio de digestivo en el servicio de rayos, que tiene habilitada una sala especial para la misma y consiste en la introducción del colonoscopio, con las técnicas de radiología, para analizar, extirpar, insertar, en el hígado del paciente alguna sustancia, extirpar algún pólipo o la colocación de algún muelle o jota.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes tipos de pruebas que se realizan en las salas de digestivo.
- Describir las funciones que realiza el TCAE en las pruebas de digestivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como otras fuentes consultadas.

4 Resultados

En las pruebas de digestivo el trabajo que se realiza es estresante para todos los componentes del equipo de profesionales que destinado en las mismas. Es un sin parar de entradas de pacientes y salidas de los mismos, y el TCAE en este servicio es muy dinámico. Entre las funciones que desarrolla el TCAE en las pruebas de digestivo, se encuentra, la preparación de todas las mesas de las diferentes pruebas, oxígeno, paños verdes colocados en las camillas de las salas, colocación del paro de suero, etc.

El TCAE es el responsable de la introducción del tubo o colonoscopio por el orificio anal del paciente o por el orificio bucal del mismo, dependiendo del tipo de prueba realizada. Siguiendo las indicaciones del digestólogo, introduce, mueve, para, etc., a conveniencia y órdenes del mismo.

En las peg, el TCAE, también limpia asépticamente el ombligo del paciente para la colocación de la sonda hasta el estómago, introduciendo por el orificio indicado y siguiendo las instrucciones del especialista.

Después de cada prueba, el colonoscopio, y demás instrumentos debe ser esterilizado, al contrario de otros servicios, en las pruebas especiales existe una sala con autoclave y líquido apropiados para la esterilización de los mismos, evitando de este modo pérdidas de tiempo que si se mandasen al servicio de esterilización. En las cpr, realizadas en el servicio de rayos, el TCAE, debe preparar el colonoscopio, y los demás instrumentos, y con la colaboración del celador de pruebas de digestivo, se bajan al servicio de radiología, donde el TCAE, prepara el carro de parada, el oxígeno, el pie de suero, y todo lo necesario para la prueba. Esta prueba siempre se hace con sedación. Una vez terminada la prueba, el TCAE, recoge todo el instrumental y lo esteriliza en la sala del servicio de digestivo.

5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE en las pruebas de digestivo no están exentas de ciertos riesgos para el paciente, las sedaciones y el tipo de prueba en cuestión, son agresivas para el cuerpo humano que tiende a rechazar la introducción de la colonoscopia, esta cuestión, pone de manifiesto, que muchos de los pacientes alteren sus constantes con mucha frecuencia, por el TCAE, debe estar siempre alerta de monitores, en el caso de la necesidad de uso del carro de paradas.

La formación para trabajar en las pruebas de digestivo se hace necesaria, puesto que las labores desempeñadas y el manejo del instrumental del servicio necesita una previa formación en los mismos.

6 Bibliografía

1. Pruebas funcionales de digestivo. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Cuidados de enfermería en la gastroscopia. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.es>
3. Cuidados TCAE aparato digestivo. Disponible en: <https://www.studocu.com>

Capítulo 189

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU CONOCIMIENTO EN LA ESCALA DE HECES

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

1 Introducción

Durante los ingresos hospitalarios los pacientes suelen quejarse de no realizar las deposiciones adecuadamente, siempre que el paciente no presente una patología digestiva, o de cirugía abdominal.

El TCAE es uno de los profesionales que podrá evaluar mediante una escala el tipo de heces que realiza el paciente durante el ingreso hospitalario.

Se puede decir que durante la valoración de un paciente que acude a urgencias o en una unidad hospitalaria en ocasiones es difícil valorar las características de las heces, (consistencia, forma, olor, color, etc.) de los pacientes.

Es importante implementar un sistema de evaluación fácil de usar que cuantifique la forma y la consistencia de las heces y que nos permita entender fundamentalmente la relación entre sus características y el malestar del paciente relacionado con la defecación; otros objetivos a considerar se basan en los cambios poblacionales en las heces, analizados por tipo de dieta, edad, sexo, medicación o estilo de vida.

La escala de Bristol o gráfico de heces de Bristol es una tabla visual de uso en medicina, destinada a clasificar la forma de las heces humanas en siete grupos. Fue desarrollada por Ken W. Heaton y Stephen J. Lewis en la Universidad de Bristol y se publicó por primera vez en el Diario escandinavo de gastroenterología en 1997.

2 Objetivos

- Describir que tipo de utilidad se puede dar a la escala Bristol por el TCAE para la posible interpretación de las heces de un paciente.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el manejo o conocimientos que puede utilizar el TCAE con la escala Bristol

Palabras clave: heces, cuidados, manejo, escala.

4 Resultados

En nuestro trabajo o revisión bibliográfica hemos podido conocer qué tipo de utilidad o manejo puede realizar el TCAE con el conocimiento adecuado y empleo de la escala Bristol.

El TCAE debe de considerar la importancia de esta escala, es que le permite al paciente ver una imagen de la forma de las heces. Además, al lado se explica en detalle la consistencia y la forma, dando ejemplos fácilmente identificables y el paciente simplemente selecciona el tipo de heces que mejor se adapta a la forma y consistencia de las heces observadas después de la deposición de acuerdo con

los dibujos y las descripciones. Clasificado por forma y dureza del 1 al 7, desde el más duro hasta el completamente líquido.

El uso correcto de esta escala nos indica que puede identificar cualquier tipo de anomalía , estreñimiento , diarrea de un paciente.

El TCAE junto con la identificación del dibujo , más las posibles valoraciones del profesional sanitario, podrá conjuntamente registrar que tipo de afección o síntomas puede estar afectando al paciente.

El TCAE también en casos de una cirugía abdominal, bariátrica, etc. podrá utilizar esta escala para comprobar en que fase se encuentra el paciente.

Todo paciente que es valorado por la escala Bristol , el TCAE podrá ayudarlo en caso de que identifique heces cuando está en estreñimiento. Para ello el TCAE podrá bajo las pautas del facultativo administrar enemas o laxantes que ayuden a este a evacuar y poder disminuir en ocasiones las molestias abdominales.

Otro caso es el que el paciente presente diarrea, con lo cual el TCAE avisará al facultativo y podrá pautar algún tipo de dieta astringente o cuidados para que evitar la deshidratación del paciente y las consecuencias de esta afección .

5 Discusión-Conclusión

En cualquier cirugía abdominal, molestias estomacales, estreñimiento, diarrea etc. se puede utilizar la escala Bristol para valorar este tipo de heces generalmente.

El TCAE mediante la visualización de esta escala por el paciente identificará que afección puede estar padeciendo, tras la identificación podrá ayudar al paciente para disminuir estas molestias o prevención de complicaciones que incluso pueden conllevar más ingreso hospitalario.

Se ha elegido el tema porque es muy preguntado en muchos de los exámenes de oposiciones en sanidad, por ello el buen manejo y cuidados del TCAE por la valoración de esta escala es algo imprescindible en su formación .

6 Bibliografía

- Yilmaz S, Dursun M, Ertem M, Canoruc F, Turhanoglu A. The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified randomised community-based study. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 361-9.
- Parés D, Comas M, Dorcaratto D, Araujo MI, Vial M, Bohle B, et al. Adaptation and validation of the Bristol scale form into Spanish language among health professionals and patients. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101(5): 312

Capítulo 190

CÓMO FUNCIONA LOS ENEMAS EN LOS PACIENTES Y CÓMO SE ADMINISTRA POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

1 Introducción

Un enema es un procedimiento médico que consiste en la introducción de líquido en el recto y el colon a través del ano para facilitar la evacuación intestinal o administrar medicamentos. Este método se utiliza para aliviar el estreñimiento, preparar el colon para exámenes o cirugías, o administrar tratamientos específicos.

En el caso de un paciente ingresado, el enema puede ser indicado por el médico como parte de su plan de cuidados. El objetivo principal es promover la elimi-

nación de heces acumuladas en el intestino, aliviar el malestar y restablecer la función intestinal normal.

El procedimiento del enema implica la preparación del equipo necesario, como una bolsa de enema o un irrigador, una cánula rectal y una solución líquida adecuada. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede participar en el proceso preparando los materiales y colaborando en la administración del enema bajo la supervisión del personal de enfermería.

Es importante que el TCAE siga los protocolos establecidos, mantenga una comunicación clara con el paciente y respete su privacidad y dignidad durante el procedimiento. También debe asegurarse de mantener la higiene adecuada, utilizando guantes desechables y siguiendo las pautas de control de infecciones.

Además de la administración de enemas evacuantes, existen diferentes tipos de enemas terapéuticos, como los enemas de retención de medicamentos o nutrientes, que se utilizan para administrar medicamentos o soluciones específicas directamente al colon. En estos casos, el TCAE puede colaborar en la preparación de los materiales y brindar apoyo al paciente durante el procedimiento.

El enema es un procedimiento médico que implica la introducción de líquido en el recto y el colon con diversos propósitos terapéuticos. El TCAE desempeña un papel importante en la preparación y colaboración en la administración de enemas evacuantes o terapéuticos, asegurando la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento.

2 Objetivos

Exponer la administración del enema por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como SCIELO; PUBMED, MEDLINE.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la administración de enemas al paciente ingresado. Sus funciones en este procedimiento son fundamentales para garantizar la comodidad, seguridad y eficacia del paciente. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del TCAE en la administración de un enema:

Preparación del material: El TCAE se encarga de preparar el equipo necesario para la administración del enema, incluyendo la bolsa de enema, la cánula rectal, la solución líquida y los guantes desechables. Además, verifica que el material esté en buen estado y cumpla con las normas de higiene y seguridad.

Explicación y preparación del paciente: El TCAE debe explicar al paciente de manera clara y comprensible el procedimiento del enema, respondiendo a sus preguntas y asegurándose de obtener su consentimiento informado. También ayuda al paciente a adoptar una posición adecuada, generalmente en decúbito lateral izquierdo o en posición de Sim's, para facilitar la administración del enema.

Administración del enema: Bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, el TCAE puede administrar el enema siguiendo los protocolos establecidos. Esto implica introducir suavemente la cánula rectal en el ano del paciente y conectarla a la bolsa de enema, controlando el flujo de la solución líquida para evitar incomodidades o lesiones. Durante el proceso, el TCAE debe ser sensible a las necesidades del paciente y proporcionar apoyo emocional.

Monitoreo y registro: Durante la administración del enema, el TCAE debe estar atento a las reacciones del paciente, como malestar, dolor o incomodidad. Si se presentan complicaciones o el paciente informa de alguna molestia, debe comunicarlo de inmediato al personal de enfermería. Además, el TCAE registra de manera precisa la administración del enema en la documentación del paciente, incluyendo el tipo y volumen de la solución utilizada, así como cualquier observación relevante.

Apoyo post-administración: Después de la administración del enema, el TCAE debe proporcionar al paciente la asistencia necesaria para su comodidad y privacidad. Esto puede incluir ayudar al paciente a limpiarse, brindarle las indicaciones necesarias para el cuidado posterior y asegurarse de que el entorno esté limpio y ordenado.

Es importante destacar que el TCAE debe realizar todas estas funciones bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, siguiendo las políticas y procedimientos establecidos. Además, el respeto a la privacidad, la dignidad y la confidencialidad del paciente debe ser una consideración primordial durante

todo el proceso.

El TCAE desempeña un papel crucial en la administración de enemas al paciente ingresado. Sus funciones incluyen la preparación del material, la explicación y preparación del paciente, la administración del enema, el monitoreo y registro de la administración, y el apoyo post-administración. Su participación activa y cuidadosa garantiza una atención de calidad y contribuye al bienestar del paciente durante el procedimiento del enema.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante del TCAE para una buena administración de un enema es asegurarse de seguir las instrucciones y los protocolos establecidos. Es fundamental familiarizarse con el equipo necesario, la técnica adecuada y las medidas de higiene y seguridad. Además, se debe mantener una comunicación clara y empática con el paciente, brindando apoyo emocional y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. Durante la administración del enema, es crucial ser cuidadoso, suave y respetuoso, garantizando la comodidad y la privacidad del paciente. Registrar con precisión la administración del enema y cualquier observación relevante también es esencial. La atención meticulosa y el cumplimiento de los estándares profesionales contribuirán a una administración exitosa del enema y al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- 1-Ana M^a Fernández Espinosa y Evangelina Pérez de la Plaza (Autoras). Editorial McGraw Hill Education.2016.Auxiliar de Enfermería.
2. Investigación, R. S. (2021, February 24). Técnica de administración de enema por parte del TCAE. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-de-administracionde-enema-por-parte-del-tcae/>
3. Revista. (2021). Funciones del TCAE en la aplicación de un enema de limpieza. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcaeadministracion-enema-limpieza/>

Capítulo 191

LAS FUNCIONES DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA PARTE DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es una disciplina de la farmacia que se ocupa de la gestión y el suministro de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito hospitalario. Se centra en garantizar la correcta utilización de los medicamentos, la seguridad del paciente y la optimización de la terapia farmacológica. El farmacéutico hospitalario es el profesional encargado de desempeñar esta función. El concepto de farmacia hospitalaria abarca diversas áreas de actuación. Una de ellas es la dispensación de medicamentos, tanto a pacientes ingresados como a

aquellos que reciben tratamiento ambulatorio. El farmacéutico hospitalario verifica las prescripciones médicas, proporciona información y educación al paciente sobre la correcta administración de los medicamentos y realiza seguimiento de la terapia farmacológica.

Además, la farmacia hospitalaria se encarga de la adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos necesarios en el hospital. Esto incluye la gestión del inventario, la supervisión de las fechas de caducidad y el control de la calidad de los productos farmacéuticos.

La farmacia hospitalaria también desempeña un papel fundamental en la seguridad del paciente. El farmacéutico colabora en la prevención y detección de errores de medicación, realiza seguimiento de las reacciones adversas a los medicamentos y participa en la elaboración de protocolos de seguridad y gestión de riesgos. Además de estas funciones, la farmacia hospitalaria contribuye a la investigación y la docencia. El farmacéutico hospitalario participa en proyectos de investigación clínica, colabora en la formación de otros profesionales de la salud y brinda apoyo en la realización de estudios y ensayos clínicos.

2 Objetivos

Dar a conocer las distintas funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en el ámbito del servicio de farmacia en un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña diversas funciones en la farmacia hospitalaria, en colaboración con el farmacéutico y otros profesionales de la salud. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del TCAE en este entorno:

Recepción y almacenamiento de medicamentos: El TCAE puede recibir los suministros farmacéuticos, verificar su correcta recepción y almacenarlos adecuadamente en el área designada. Esto incluye asegurarse de que los medicamentos se encuentren en condiciones óptimas, controlar las fechas de caducidad y mantener un inventario actualizado.

Preparación y distribución de medicamentos: El TCAE puede colaborar en la preparación de las dosis de medicamentos para su posterior dispensación. Esto puede implicar contar, etiquetar o empaquetar medicamentos siguiendo las instrucciones y pautas establecidas por el farmacéutico. También puede participar en la distribución de los medicamentos a las unidades o áreas correspondientes del hospital.

Apoyo en la dispensación de medicamentos: Bajo la supervisión del farmacéutico, el TCAE puede colaborar en la dispensación de medicamentos a los pacientes. Esto puede incluir la preparación de los medicamentos según las prescripciones médicas, etiquetado de las dosis y proporcionar información básica al paciente sobre su correcta administración.

Reposición de stock: El TCAE puede realizar la reposición de medicamentos y otros suministros en las áreas de almacenamiento o en las unidades del hospital. Esto implica asegurarse de que los medicamentos estén disponibles en cantidad suficiente y en el lugar adecuado para su uso oportuno.

Mantenimiento de registros: El TCAE puede colaborar en la documentación y mantenimiento de registros relacionados con la gestión de medicamentos. Esto puede incluir el registro de las dosis administradas, la reposición de stock y cualquier otra información relevante para la trazabilidad y seguimiento de los medicamentos.

Control de inventario: El TCAE puede ayudar en el control del inventario de medicamentos y suministros farmacéuticos. Esto implica llevar un registro preciso de las existencias, controlar las fechas de caducidad y notificar al farmacéutico sobre cualquier escasez o necesidad de reabastecimiento.

Es importante destacar que todas estas funciones se realizan bajo la supervisión y la dirección del farmacéutico, quien tiene la responsabilidad final de la gestión y dispensación de los medicamentos en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante para el buen funcionamiento de la farmacia hospitalaria es mantener una comunicación efectiva y una coordinación estrecha entre el equipo de farmacia, el personal médico y de enfermería. Esto implica

fomentar la colaboración y el intercambio de información, así como establecer canales de comunicación claros y eficientes. Asimismo, es fundamental seguir los protocolos y procedimientos establecidos, garantizar la integridad y seguridad de los medicamentos, y mantener un control riguroso del inventario. Además, es importante promover una cultura de seguridad, donde se fomente la notificación y el análisis de eventos adversos o errores de medicación. Al priorizar la comunicación, la coordinación y la seguridad, se logrará un funcionamiento óptimo de la farmacia hospitalaria, mejorando así la calidad de la atención farmacéutica y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

Aprendebytuaulaonline.es. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en:
[HTTP://www.aprendebytuaulaonline.es/funciones-del-tcae-la-farmacia/](http://www.aprendebytuaulaonline.es/funciones-del-tcae-la-farmacia/)
Pubmed

Capítulo 192

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE GINECOLOGÍA

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

1 Introducción

La Ginecología que significa literalmente ciencia de la mujer y, en medicina, hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que estudia el sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios). Además existe, en relación con lo expuesto antes, la especialidad de obstetricia, a tal punto que casi todos los ginecólogos modernos son también médicos obstetras. Nuestro departamento de ginecología es parte de nuestro bloque de obstetricia, que consta de obstetricia y ginecología. La obstetricia atiende a pacientes embarazadas antes y después del parto, mientras que la ginecología atiende a pacientes que padecen trastornos del sistema reproductivo femenino.

Ambas salas requieren de profesionales altamente especializados por la naturaleza de los pacientes que aceptan, y en cada sala mencionada, los pacientes de guardia son fundamentales para los objetivos que se persiguen.

La Sala de Ginecología trata a pacientes con problemas del ciclo menstrual, infecciones de transmisión sexual, abscesos u otros casos que requieren hospitalización o intervención quirúrgica. El equipo de especialistas de la sala de ginecología consta de ginecólogos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y enfermeras, y todo el grupo trabaja en conjunto para garantizar que la atención al paciente logre la calidad de atención adecuada.

Este estudio demuestra las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que son menos complejas dentro de las plantas, pero son diversas y están imbuidas de un alto grado de especialización en el cuidado de mujeres con trastornos del sistema reproductivo femenino.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento y la estructura de un centro ginecológico.
- Conocer más sobre el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de ginecología.

3 Metodología

En preparación para este capítulo, se llevó a cabo una extensa revisión bibliográfica de artículos académicos y una revisión de publicaciones académicas y libros físicos sobre el tema. Se realizaron búsquedas de información en sitios web especializados como Scielo, Pubmed y Medline y se seleccionaron artículos científicos revisados.

4 Resultados

Hay dos formas de ingreso en el departamento de ginecología. Una es que la paciente acude a urgencias y de allí al ginecólogo de guardia quien toma la decisión de ingreso en función de la condición médica. Otra posibilidad es un ingreso planificado, una derivación de un especialista o del médico de atención primaria del paciente que deriva al paciente en el momento del ingreso.

Los pacientes siempre son tratados primero por técnico en cuidados auxiliares de enfermería, independientemente del tipo de ingreso. En ambos casos, el técnico

en cuidados auxiliares de enfermería acompaña al paciente por el piso, le indica la habitación y la cama en la que se encuentra y le proporciona camisones o pijamas, según el estado del hospital. Juntos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería educa a los pacientes y asistentes sobre cómo usar y administrar los artículos en habitaciones, baños, ventanas, mesas y armarios.

Cuando un paciente es ingresado en el hospital para un procedimiento programado, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería inspeccionará cualquier equipo que lleve el paciente. Señalar las reglas a seguir en cuanto a sondas, cables, catéteres, ayuno y abstención del uso de anillos, joyas, aretes, etc. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería del piso reparte bandejas con las comidas del día, y algunos pacientes tienen hábitos alimenticios diferentes o restrictivos, por lo que los nombres de las bandejas coinciden con el número de habitación y paciente.

Durante las visitas de especialistas, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería instalará varias mamparas a la entrada y salida de planta, para evitar que en ese momento haya visitas y acompañantes en la habitación, facilitando un poco las visitas del ginecólogo.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de las salas de ginecología no tienen una especialidad específica, pero sí conocen el tipo de pacientes que alberga la unidad y sus necesidades. Debido a que el éxito de estos exámenes depende en gran medida de la observación y validación del paciente, el trabajo de técnico en cuidados auxiliares de enfermería para preparar a los pacientes para el quirófano y los exámenes apropiados es esencial.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería continúa haciendo cumplir las reglas de la sala, especialmente las relacionadas con los visitantes y los acompañantes, y, lo que es más importante, no permitir que los miembros de la familia se congreguen en la habitación de un paciente mientras estén semidesnudos y acostados en la cama durante una cita con el médico.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 193

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A UN PACIENTE CON ALIMENTACIÓN CON SONDA NASOGÁSTRICA

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

1 Introducción

Una alimentación adecuada es uno de los hábitos más importantes para una buena salud física y mental y una buena calidad de vida. La alimentación por sonda, también conocida como alimentación enteral, se alimenta directamente en el tracto gastrointestinal a través de un tubo que se inserta a través de la nariz, la boca o directamente en el estómago, el duodeno o el yeyuno a través de una vía transdérmica directa.

Una sonda gástrica es un tubo plástico delgado que se inserta por la nariz a través del esófago y siempre llega al estómago. Su uso es para administrar fármacos,

líquidos, dietas líquidas, o para extraer sustancias del estómago. No existe controversia en cuanto al uso de sondas cuando un paciente las requiere en un momento determinado. En bebés prematuros y con desnutrición severa, se vacía el contenido del estómago. Trastornos metabólicos y gastrointestinales, trastornos de la deglución y ciertos trastornos psiquiátricos que requieren tratamiento temporal. Otras enfermedades que interfieren o dificultan la ingesta oral.

Hay que tener en cuenta que las sondas nasogástricas se utilizan para alimentar a los pacientes que tienen dificultad para masticar o tragar los alimentos pero que no pueden digerirlos. Siempre por un período de tiempo relativamente limitado y siempre siguiendo los consejos de un profesional.

2 Objetivos

- Describir e identificar el papel del Técnico de Cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con respecto a la alimentación por sonda del paciente.

3 Metodología

Se elaboró un estudio detallado para llevar a cabo el estudio con base en la literatura científica de la que disponemos. Se realizó una búsqueda exhaustiva y una revisión bibliográfica para comparar y complementar todos los datos recopilados en diversas fuentes, como Pubmed, Medline y Scielo, y para seleccionar artículos científicos de las publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

Antes de comenzar con la alimentación por sonda, es importante saber que la persona se siente o apoye la espalda con una almohada para evitar que la comida regrese a la boca y los pulmones. Una vez hecho el auxiliar de enfermería, tiene que seguir unos pasos:

1° Colocar un paño debajo de la sonda para proteger la cama y al paciente de los restos de comida que puedan caer de la jeringa.

2° Doblar la sonda y presionar firmemente para evitar que entre aire en el tubo. Retire el tapón y colóquelo sobre el paño.

3. Insertar la punta de una jeringa de calibre 100 en el tubo y aspirar el contenido del estómago. Si se ha tomado más de la mitad (aproximadamente 100 ml) de la

comida anterior, se recomienda dar más tarde. Este contenido debe ser devuelto al estómago sin falta.

4. Volver a doblar la sonda, deberemos apretar bien y retirar la jeringa. Introducir el tapón antes de desenrollar para evitar que entre aire en el tubo.

5. Llenar la jeringa y doble la punta de la jeringa hacia atrás en la sonda antes de retirar la tapa para evitar la entrada de aire. Las comidas no son ni demasiado calientes ni demasiado frías y se pueden administrar medicamentos. Desdoble el tubo de 6° y empuje suavemente el émbolo de la jeringa para introducir alimentos en pequeños incrementos (aproximadamente 100 ml en 3 minutos) para evitar que los alimentos entren al estómago demasiado rápido. Dobla la sonda para cubrirla y repite el proceso hasta que hayas comido toda la comida. A continuación, es importante limpiar la jeringa e introducir agua para limpiar el tubo y evitar que se obstruya.

5 Discusión-Conclusión

La administración enteral es un soporte nutricional activo con altos costos personales y económicos. Por tanto, además de establecer la indicación correcta, es necesario establecer una adecuada elección de formulación, vía de administración y método de administración. La alimentación a través de una sonda nasogástrica es un proceso simple, pero se debe tener cuidado para evitar deslizar la sonda y permitir que la comida ingrese a los pulmones.

La capacitación del personal en esta área es esencial para brindar la atención adecuada. El cuidado diario de la sonda, el control del entorno y las prácticas de lactancia son importantes para prevenir problemas futuros.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 194

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

1 Introducción

El hospital cuenta con una unidad psiquiátrica. Por estas razones, los productos de atención se proporcionan al ingreso de pacientes que necesitan tratamiento. Esto es muy importante cuando se trata de cuestiones relacionadas con la mente del paciente.

Las actividades de estas categorías son:

- Ayudar a los enfermos psicológicos.
- Atención Psiquiátrica de interconsulta.
- Ayudan a los casos de urgencias en los hospitales.
- Docencia e investigación.

Básicamente, las unidades deben estar en el suelo para que podamos reducir los problemas y problemas menores que surjan. Incluye Psiquiatría:

- Servicios Psiquiátricos.

Hay tres categorías separadas:

- Elementos de apoyo similares a otras actividades (interior, oficina, etc.).
- Atención médica (sala de psiquiatría) para cuando sea necesario.
- Áreas específicas (áreas de reunión, etc.) relacionadas con las necesidades específicas de cada paciente.
- Servicios de emergencia.
- Psicología de la Consejería. Apoyan lo que llamamos psicología defensiva. Un equipo de enfermería de psiquiatras, psiquiatras, licenciados en enfermería, técnicos en auxiliares de enfermería, directivos, la parte que soporta el centro de tratamiento está formada por camas, trabajando en el hospital, aunque probablemente más de una de ellas en cuanto a tamaño.

Como el personal de atención médica más cercano al paciente, el Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería trabaja con el resto del personal para brindar atención integral y de alta calidad al paciente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) a los pacientes en estas unidades de psiquiatría.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se revisaron artículos de importantes revistas científicas como Scielo y Pubmed y se seleccionaron artículos suficientes para una revisión sistemática y al menos variables alcanzables. Así como también en los buscadores de internet, utilizando palabras clave.

4 Resultados

Los siguientes son algunos de los deberes de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en un hospital psiquiátrico:

- Son responsables de revisar las habitaciones de los pacientes según lo prescrito por el médico. - Preparan y llenan los cajones con ropa blanca y ropa negra y lo que falta, y distribuyen ropa a los pacientes de la habitación, se distribuye ropa

nueva, como dos toallas de baño, esponja jabonosa, crema hidratante, brocha, jabón casero y champú y piel.

- Actualiza todos los registros de los pacientes.
- También se ocupan de la higiene personal de sus pacientes y ayudan a asearse a los pacientes dependientes o que están fuera de forma por otras enfermedades.
- Recoger la ropa sucia de la habitación y meterla en el armario.
- Montar una sala de juegos e introducen algunos juegos de mesa o dibujos animados para entretener a los pacientes.
- Si hay un balcón, lo abren y uno de los técnicos en cuidados de enfermería se queda atrás para ver si alguno de los pacientes está afectado.
- Distribuyen las bandejas de desayuno a los diferentes pacientes y siempre revisan que las bandejas sean adecuadas para los pacientes a los que atienden.
- Ayudar al personal de enfermería a distribuir medicamentos.
- Se aseguran de que los pacientes mantengan la higiene dental.
- Si siguieran las reglas de llegada y salida, en su lugar visitarían a los pacientes.
- Llegado el momento, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería del turno de la mañana se encargan de repartir alimentos a los pacientes, y se encargan de despertar a los pacientes que duermen después del almuerzo.
- A la hora de comer, el personal de enfermería reparte la bandeja a cada paciente.
- Es responsabilidad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería quitar las persianas a tiempo al día siguiente.
- Es el encargado de examinar a los pacientes todas las noches.
- Registran cualquier cambio, en su caso, en el historial médico para la evaluación psicológica.

5 Discusión-Conclusión

Como el personal de atención médica más cercano al paciente, el Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería trabaja con el resto del personal para brindar atención integral y de alta calidad al paciente, siempre presentando las caras más amigables y accesibles y siendo la persona en la que el paciente puede confiar, hay que seguir sus instrucciones y las pautas médicas para lograr una recuperación temprana. Para entender la evolución positiva, necesitamos conocerlas todas. Porque durante muchos años fue posible transformar los hospitales psiquiátricos en centros de atención con objetivos claros de rehabilitación basados en la reinserción y la reinserción en la sociedad. Además, la psicoterapia es una herramienta de enfermería altamente positiva y ha sido propuesta para su implementación en varios centros de enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 195

ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UN PACIENTE QUE SUFRE UN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

En ocasiones oímos hablar del accidente isquémico transitorio y no sabemos que es, ni a que se debe o a que partes afecta. Este accidente isquémico transitorio es más frecuente en mujeres, durante la menopausia, debido a los riesgos cardiovasculares que conlleva el déficit de estrógenos. Podemos definir el AIT como una alteración en la cual se detiene el flujo de sangre en una parte del cerebro durante un pequeño periodo de tiempo.

En la mayoría de los casos, los síntomas pueden durar entre 1 y 2 horas. Aunque el paciente se da cuenta en muchas ocasiones de que algo no va bien y los síntomas que le pueden acontecer durante ese tiempo. Existen muchos factores de riesgo los cuales pueden favorecer la aparición de un AIT, pero entre los más importantes está la elevación de la tensión arterial o hipertensión, la trombosis venosa, déficit de estrógenos en menopausia entre muchos más.

Es un episodio neurológico el cual ante detección precoz y traslado inmediato a un hospital o centro asistencial puede ser revertido y no tener efectos secundarios ni secuelas. Aunque no siempre sucede así, pues influye también la edad, y posibles patologías que afecten al paciente que está padeciendo el accidente isquémico transitorio.

2 Objetivos

- Describir posible actuación y cuidados básicos del TCAE a un paciente que está padeciendo o ha padecido un accidente isquémico transitorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En ocasiones y como no en nuestro trabajo de la revisión bibliográfica se pueden introducir artículos que nos indican que tipo de actuación, cuidados y por supuesto documentación debe realizar el TCAE ante un paciente con un accidente isquémico transitorio.

El TCAE ante la presencia de un AIT de un paciente debe reconocer la sintomatología de esta patología, con lo cual, ante un desviamiento de la comisura labial, disartria, desvanecimiento, adormecimiento u hormigueo de algún miembro tanto superior como inferior debe informar rápidamente de estos síntomas. El paciente que presente un AIT y lo identifique, aunque no conozca que le sucede, debe acudir a un centro especializado. En el momento de llegada de este,

el TCAE realizará un electrocardiograma, realizará toma de constantes vitales. Observará en el momento que el paciente entra si tiene algún síntoma de los denominados anteriormente y si presenta algún trastorno en la marcha. El TCAE intentará realizar una conversación para ver si el paciente presenta algún tipo de disartria, o alteración del lenguaje. En esta entrevista también comprobará si el paciente está orientado en las tres esferas y se registrará todo lo realizado para que lo pueda utilizar el facultativo para el diagnóstico médico.

En caso de AIT el TCAE puede conocer que el paciente cuando llega al servicio de asistencia médica ya no tiene por qué tener ningún síntoma, ya que son muy pocos los que tienen alguna secuela, salvo en casos de pacientes de avanzada edad. En el caso de algún efecto secundario, el TCAE preparará al paciente para la realización de un TAC, por ello acomodará al paciente en una camilla en la cual será trasladado con un camisón.

El paciente junto con sus familiares retirará todos los objetos metálicos u objetos de valor para evitar la pérdida de estos.

5 Discusión-Conclusión

Existen muchos factores de riesgo los cuales pueden favorecer la aparición de un AIT, pero entre los más importantes está la elevación de la tensión arterial o hipertensión, la trombosis venosa, déficit de estrógenos en menopausia, entre muchos más. Es un episodio neurológico el cual ante detección precoz y traslado inmediato a un hospital o centro asistencial puede ser revertido y no tener efectos secundarios ni secuelas.

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

El personal TCAE es un miembro valioso del equipo multidisciplinario que trabaja en cualquier centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 196

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA EN EL CONTROL DE LA DIURESIS DE UN PACIENTE

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

Es necesario un equilibrio líquido, electrolítico y ácido-base para conservar la salud y mantener las funciones corporales. Para ello, es fundamental el aporte de líquidos y electrolitos y una armónica eliminación de estos.

Con frecuencia, los desequilibrios vienen asociados a determinadas patologías. No ser humano adulto sano suele ser capaz de mantener un balance hídrico adecuado. Balance hídrico no es otra cosa que la cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos de un paciente en un tiempo determinado (suele expresarse en horas).

A lo largo de un día, un ser adulto ingiere unos 2.500 ml de líquido, a través de la bebida (1.500 ml), los alimentos (700 ml), y el agua endógena (300 ml).

Aproximadamente, expulsa la misma cantidad mediante la sudoración, acción, no y las heces.

Para realizar un balance hídrico se suelen detener en cuenta el peso del paciente y el número de horas durante las que se efectuará el cálculo. Existen también otros factores como tanto en el ingreso de líquidos como en el egreso, que son constantes en todos los pacientes, pendientemente de su estado de salud, su sexo, etc.

El agua es el compuesto más abundante del cuerpo humano y representa aproximadamente el 50- 60% del peso total de un adulto joven y sano. Un cuerpo normal mantiene un equilibrio hídrico. Existe el líquido intracelular (LIC), que se representa en el 33-40% del peso corporal, y el líquido extracelular (LEC), que se sitúa fuera de la célula y está formado por líquido intersticial (10% del peso corporal) y líquido intravascular(plasma), lenta un 4% del peso.

Para efectuar el balance hídrico se efectúa una resta entre los ingresos y los egresos. El resultado puede ser positivo (si la cantidad de líquido ingresado es superior al egresado), neutro(cantidades equiparadas) o negativo(si los egresos superan a los ingresos).

2 Objetivos

- Describir el procedimiento del control de diálisis, el cambio y vaciado de la bolsa en un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

CONTROL DE LA DIURESIS. La diuresis es la secreción de orina que se analiza tanto en términos cuantitativos como cualitativos(composición y trayecto íntegro de la orina desde su formación en el riñón hasta su expulsión por la uretra mediante la micción).

Cuantitativamente, tesis normal presenta un flujo de orina entre 800 ml y 1.500 ml al día. Si el paciente micciona espontáneamente, coge la orina de veinticuatro horas en un bote de plástico. En pacientes sondados, para recoger la orina se utiliza en las bolsas de diuresis, de material transparente, con válvula anti retorno y una escala graduada de medición de cantidad.

Tienen un tubo antiacomodamiento, con un extremo (por donde se conecta la sonda) protegida para preservar la esterilidad, y presentan un sistema para colgar el soporte en la cama o colocarlo en la pierna del paciente. La orina de la botella, bajo bolsa recolectora se vierte en un recipiente graduado. Observar cantidad, color y olor. El urinómetro es un dispositivo para determinar la densidad de la orina, como los otros gravitómetros y los hidrómetros.

PROTOCOLO DE CAMBIO DE BOLSA.

1. Explicar el procedimiento al paciente, de las manos y colocarse guantes.
2. Colocar una pinza de kocher en la sonda para no manchar la cama y para que no se dé reflujo en la vejiga por efecto sifón.
3. Pinzar el tubo de la bolsa y evitar derrames.
4. Preparar una gasa en bebida en antiséptico.
5. Separar la sonda del tubo en de la bolsa y proteger el extremo de la gasa para evitar cualquier riesgo de contaminación.
6. Retirar el capuchón de tubo de la nueva bolsa y conectar a la sonda.
7. Colocar la bolsa en su soporte de la cama.
8. Medir la cantidad de orina recogida en la bolsa, registrarla en la gráfica y tirar la bolsa.
9. Registrar técnica, incidencias y estado del paciente.

PROTOCOLO DE VACIADO DE BOLSA.

1. Explicará al paciente que se le va a hacer.
2. Lavarse las manos y colocarse guantes.
3. Abrir el dispositivo de la parte inferior de la bolsa y vaciar el contenido en el recipiente correspondiente.
4. Cerrar el dispositivo y limpiar las posibles restos con una gasa.
5. Quitarse los guantes y lavarse las manos.
6. Si es necesario realizar un control de diuresis, a notar en la hoja de registro la cantidad de orina recogida. Se vacían las bolsas por completo, para que no se de crecimiento bacteriano en la orina residual. Se registra la hora de vaciado y el aspecto de la orina.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos auxiliares de enfermería deben seguir los protocolos para el cambio o vaciado de la bolsa, teniendo en cuenta la higiene de la misma y del paciente para evitar la proliferación de bacterias e infecciones en los pacientes

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 197

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA A UN PACIENTE HOSPITALIZADO

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

La cardiología es la rama de la medicina que se encarga del estudio y el funcionamiento del aparato cardiovascular. En él se engloban los vasos sanguíneos y el gran músculo que es el corazón. Esta especialidad de la medicina tiene rama quirúrgica y no quirúrgica.

Cuando es la parte quirúrgica la realizará un especialista que se denomina cirujano cardiovascular. El padre de la cardiología y maestro es William Harvey, quien descubrió el circuito que realiza la sangre por el cuerpo humano. Hoy en

día esta rama de la ciencia sanitaria, se lleva a cabo por diferentes especialistas que trabajan en equipo, para el buen funcionamiento del servicio y poder tratar a los pacientes que lo necesitan de la forma más satisfactoria posible.

Las muertes por enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de muerte en los países occidentales. Con una incidencia mucho mayor en hombres que en mujeres. En la actualidad hay una tendencia al alza de mujeres afectadas por enfermedades cardiovasculares.

El especialista de la cardiología es el facultativo formado en esta rama específica durante cinco años, siendo asistido por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) o equipo sanitario correspondiente en cada momento.

Como TCAE desempeñamos un papel fundamental en la asistencia de los pacientes y sin nuestra figura, el trabajo del cardiólogo no sería posible sin nuestro apoyo.

2 Objetivos

- Describir conocimiento que debe tener un técnico en cuidados auxiliares de enfermería para realizar un electrocardiograma con una técnica correcta a un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La revisión bibliográfica ha incluido artículos, en los cuales se indica qué técnica debe emplear el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para realizar un electrocardiograma con fines diagnósticos.

El TCAE antes de realizar la prueba diagnóstica deberá estar familiarizado con la máquina con la que se va a realizar el electrocardiograma y, previamente a colocar los electrodos, es muy importante explicar al paciente lo que se le va a realizar para evitar ser sorprendido e incluso provocar una ansiedad innecesaria.

El TCAE podrá realizar un electrocardiograma de varias formas, como puede ser la más frecuente y normal, que es donde el paciente estará tumbado en decúbito supino y con los electrodos colocados según conocimientos.

Otro tipo de realización de electrocardiograma es el de esfuerzo, en este momento el paciente durante la medición de los latidos cardiacos estará realizando algún tipo de ejercicio, y se necesita comprobar cómo funciona el corazón en activo. Antes de colocar las pegatinas de los electrodos, el TCAE deberá limpiar la piel para la correcta fijación de estas. Para colocar las pegatinas que se unen a los electrodos del electrocardiograma, el TCAE , sugerirá al paciente que se posicione en decúbito supino. Posteriormente, el TCAE colocará los electrodos de derivaciones de la siguiente forma: Negro en miembro inferior derecho, F o verde en miembro inferior izquierdo, R o rojo en miembro superior izquierdo y, por último, L o amarillo en miembro superior derecho. Después, deberá colocar los precordiales que son 6.

En muchas ocasiones el TCAE encontrará una imagen de la colocación correcta en el aparato, incluso de estos últimos como deben ser colocados. En el momento que ya este todo para comenzar la prueba, el TCAE pedirá al paciente que no se mueva, siempre que sea posible, y la máquina comenzará a detectar el ciclo cardiaco y lo guardará. El TCAE registrará la realización de la técnica

5 Discusión-Conclusión

El electrocardiograma es un método diagnóstico muy fiable y empleado para muchas patologías. El TCAE será el encargado de la realización de esta técnica, cuidando sobre todo la intimidad y la correcta realización de esta. Por ello, explicará al paciente, limpiará la piel para la colocación de las pegatinas para posteriormente unir al electrodo y comenzar a registrar el circuito cardiaco.

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 198

CUIDADOS POSTMORTEM DESDE EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ

EVA CAMAÑO GALLEGO

1 Introducción

Cuando una persona ha muerto, el último servicio que se le presta son los cuidados post mortem.

Los cuidados post mortem son un conjunto de atenciones que se prestan a la persona fallecida antes de trasladarla al depósito de cadáveres o al velatorio.

Los cuidados post mortem se lleva a cabo por los auxiliares de enfermería, a veces con la ayuda de los enfermeros o enfermeras. Hay centros u hospitales en los que, una vez certificada la muerte, se avisa a la compañía funeraria, son estos profesionales quienes se encargan de los procedimientos. Antes de ocuparse del cadáver, es necesario atender a las familias, aliviando su dolor y ayudando a reducir la angustia de la pérdida. Como auxiliar debemos tratar con respeto y comprensión y disponibilidad constante.

La muerte es el cese total y definitivo en todas las funciones vitales del organismo. Una vez que el facultativo ha certificado la muerte, el personal de enfermería debe efectuar unas últimas actuaciones y el auxiliar de enfermería prepararemos la unidad del paciente.

La presencia de los signos de muertes es una exploración física sencilla o con

ayuda de instrumentos donde se confirma la muerte real y permite que el personal médico firme la certificación de defunción.

2 Objetivos

-Describir el papel del auxiliar de enfermería en los cuidados post mortem.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y complementando todos los datos en diferentes fuentes. Pubmed, Medline y Scielo

4 Resultados

Basándonos en los estudios de investigación las atenciones sanitarias tienen como objetivo sanar a la persona enferma se denomina medicina de intención curativa. Cuando no es así, el enfermo es incurable, aunque puede vivir con la enfermedad durante meses o incluso años, se denomina medicina paliativa (las atenciones serán aliviarle el sufrimiento y dar mejor calidad de vida. En el momento en que la vida se acaba se encuentra en la fase terminal (donde al paciente le queda seis meses de vida). Las últimas horas de vida se dice está en su vida moribunda (seis horas). El periodo de transición entre la vida y la muerte se llama agonía, será la última hora de vida. Finalmente, llega la muerte con lo que hay que realizar los cuidados post mortem.

Los signos iniciales:

Son signos que se producen a consecuencia del cese de las funciones vitales:

- la respiración: no se escuchan ruidos respiratorios
- la circulación: desaparece el pulso arterial
- la función nerviosa: el paciente está en inmovilidad completa, a los estímulos, al dolor. Los signos tardíos son los signos derivados de la aparición de cambios post mortem. Debemos detectar:
- enfriamiento cadavérico: es gradual, empieza a notarse hacia las dos horas en los pies, las manos y la cara.
- la rigidez cadavérica: el primer cambio es el tono muscular, después de la muerte es un estado de flacidez y relajamiento de todos los músculos del cuerpo. Unas

dos horas más tarde comienza el proceso de contractura muscular que lleva a la rigidez.

- las livideces cadavéricas; Son manchas cutáneas extensas de color rojo violáceo, por la sangre en las zonas del cadáver que están a un nivel más bajo. Empiezan a aparecer en la primera hora después de la muerte.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos conocer la importancia como Auxiliar de Enfermería:

- que el rostro y el cuerpo queden en disposición normal y lo más estéticamente posible.
- tener el cadáver limpio y preparado para cuando se lo lleve el personal de la compañía funeraria.
- entregamos a los familiares la bolsa con las propiedades del fallecido. Verificamos la identidad de estos y su relación familiar. El formulario de entrega de posesiones suele firmarlo el familiar.
- debemos retirar toda la ropa de la unidad del paciente y llevarla a lavandería.
- de debe desinfectar la habitación.
- lavarnos las manos y registrar en las hojas correspondientes los datos de interés y llevaremos la historia al archivo.

6 Bibliografía

- 1- <http://es.slideshare.net>
- 2.- <http://revistamedica.com>

Capítulo 199

LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

EVA CAMAÑO GALLEGO

1 Introducción

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son: en primer lugar, la pérdida de control sobre su situación vital y sus emociones y en segundo lugar la pérdida total de visión positiva del futuro. Ante la depresión hace que la visión del mundo se estreche hasta el punto de que se llega a distorsionar la realidad. Solo se fijan únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o sencillamente no existiera.

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que una diabetes o hipertensión. Hay pensamientos que se cree que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para poder llevar una calidad de vida y revertir su condición. (vida normalizada). La depresión se caracteriza por tristeza, desmotivación y baja autoestima.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del auxiliar de enfermería ante la depresión del paciente.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación para la realización del trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando los datos en diversas fuentes: Pubmed , Medline y Scielo.

4 Resultados

En base a los estudios e investigaciones no existe una sola causa de la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores:

- Herencia: existe un mayor riesgo de padecer depresión cuando hay una historia familiar lo que indica que se puede haber heredado .
- Factores bioquímicos: la bioquímica del cerebro es un papel significativo en los trastornos depresivos. el desequilibrio bioquímico no se sabe si es un origen genético o es producto por el estrés, por un trauma o por una enfermedad u otra condición ambiental. situaciones estresantes:
- muerte de un familiar próximo o de un amigo.
- una enfermedad crónica
- problemas interpersonales.
- .- dificultad financiera.

Todas estas situaciones pueden ocasionar síntomas de depresión que pueden ocasionar una depresión clínica.

Estacionalidad- trastorno afectivo estacional:

Hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos.

La reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

Personalidad: Las personas con ideas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión.

Los tres tipos de depresión mas comunes son: trastorno mayor, trastorno distímico, y el trastorno bipolar.

- trastorno depresivo mayor: son síntomas que afectan con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Puede ser leve, moderada o grave.
- trastorno distímico: es una depresión menos grave, pero interfiere con el funcionamiento y bienestar de la persona. Este trastorno está presente la mayor parte del día durante al menos dos años.
- trastorno bipolar: Este trastorno es menos frecuente. Se caracteriza por cambios clínicos en el estado de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos conocer la importancia como auxiliar de enfermería:

- Acondicionar la habitación antes de que llegue a ella.
- Retiraremos todas aquellas materias y utensilios que pueden emplear para dañarse, supervisando sus objetos y cuidando mucho a la hora de suministrar los medicamentos.
- Cerraremos las ventanas de modo que no puedan abrirse.
- Es preferible que no haya otro paciente ingresado en la misma habitación.
- Realizaremos una cuidadosa observación psicológica del paciente por si tuviera signos de agitación, ansiedad o depresión.
- Debemos animar al paciente a seguir el tratamiento.
- debemos saber escuchar al paciente y proporcionar un refuerzo positivo.
- intentaremos dentro de nuestros recursos a reducir el estrés en su vida.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>
2. <http://revistamedica.com>

Capítulo 200

LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA Y LA FUNCION DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ROPERO MUELA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

1 Introducción

La pediatría es la rama de la medicina que se encarga del estudio del crecimiento y desarrollo de los niños, además del tratamiento de sus enfermedades. Cabe destacar que la pediatría no solo se encarga de estudiar las enfermedades y tratamientos, sino que también se encarga del estudio de las características físicas, psíquicas y sociales de los niños desde que nacen hasta la adolescencia. Se trata de una especialidad médica que aborda total y completamente la vida del niño.

El neonato o recién nacido se trata de un niño que tiene menos de 28 días de vida. Estos primeros días son fundamentales para que el niño se adapte a la vida y al nuevo medio que le rodea.

Después del parto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel fundamental, ya que es el personal sanitario que lleva a cabo los primeros cuidados del neonato, siempre supervisado por el matróon o matrona.

El auxiliar de enfermería no solo lleva a cabo una labor asistencial, sino que tiene también una labor fundamental en educación sanitaria, ya que ayuda a la madre a amamantar correctamente al bebe, explica a la madre como debe realizar el aseo del neonato, entre otras muchas cosas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer cómo llevar a cabo la valoración inicial que se le realiza al neonato.

Objetivos secundarios:

- Saber cuáles son los primeros cuidados del neonato que lleva a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Conocer las características propias de un recién nacido sano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La primera valoración que se le hace a un recién nacido consiste en:

1. Determinar el índice de Apgar: el test de Apgar se trata de la suma de las calificaciones de frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, respuesta refleja y color de la piel. Esto indica el nivel de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Se realiza al minuto y a los 5 minutos de nacer, y los valores normales son entre 7 y 10.
2. Realizar una inspección de neonato:

- Inspeccionando la morfología del cuerpo.
- Comprobando la permeabilidad de las fosas nasales y ano.
- Comprobando que hay 3 vasos sanguíneos en el cordón umbilical.
- Observando la presencia de meconio y orina o Auscultando la frecuencia cardíaca.
- Verificando una respiración regular y efectiva.

Los primeros cuidados al recién nacido lo llevan a cabo el pediatra y/o matró/a con ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, y se trata de:

- Facilitar la expulsión de las secreciones de las vías respiratorias superiores.
- Mantener una temperatura corporal entre 36 y 37 °C.
- Promover la alimentación justo después del parto. La madre debe comenzar amamantar al recién nacido lo más pronto posible.
- Se debe favorecer el vínculo padre-hijo, si no está contraindicado, para que la relación afectiva ayude al neonato a la adaptación al medio que le rodea.
- Identificar al recién nacido con un brazalete en el tobillo del recién nacido y otro en la muñeca de la madre. Debe constar el nombre de la madre y un código numérico.
- El cordón umbilical debe estar pinzado, limpio y con antiséptico.
- Llevar a cabo una correcta profilaxis ocular, aplicando antibióticos en los ojos del recién nacido para evitar infecciones.
- Prevenir las hemorragias con la administración de 1 mg de vitamina K, vitamina de la que carece el neonato.
- Llevar a cabo un control del peso y la talla después de nacer, y una vez al día mientras permanezca en el hospital.

Realizando todas estas labores, se debe observar al recién nacido para detectar alguna pequeña anomalía. Para ello, hay que vigilar las características que presenta un recién nacido sano que son:

- Características antropométricas: el peso medio de un neonato debe oscilar los 3200 gramos, la longitud oscila entre 50 centímetros y el perímetro craneal debe oscilar entre 33-36 centímetros.
- Características generales: o debe presentar una piel suave, elástica y rosada o la cabeza debe ser proporcional a la cuarta parte de su cuerpo o los ojos son edematosos las primeras horas de vida o la boca debe presentar una salivación mínima o el perímetro del tórax debe oscilar entre 30-33 centímetros, o abdomen muy prominente, blando y depresible o los genitales en las niñas se debe visualizar la vagina y la uretra, y en el niño, la uretra, glándula y testículos o la espalda debe presentar la piel lisa y la columna simétrica o las extremidades deben ser simétricas en movimientos.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene una labor fundamental tras el parto. No solo ayuda a los demás profesionales sanitarios durante el parto y en la realización de cuidados al neonato, sino que ayuda tanto a la madre como al recién nacido a adaptarse a la nueva etapa que les espera. Ayuda a la madre con cualquier problema y duda que le surja sobre el cuidado de su pequeño, sino que también lleva a cabo una labor muy importante están pendiente en todo momento a cualquier cambio en las características del recién nacido que se presente, para evitar así cualquier anomalía o patología.

6 Bibliografía

1. <https://www.infosalus.com/enfermedades/pediatrica>.
2. <https://es.wikipedia.org/wiki/Pediatr%C3%ADa>

Capítulo 201

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DESGARRO EN LA PIEL

ELENA ROPERO MUELA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

1 Introducción

En pocas ocasiones se habla de los desgarros de los pacientes, un desgarro puede producirse en cualquier zona corporal y producir una lesión en la piel del paciente. En algunas ocasiones dependiendo de las patologías propias o crónicas de este paciente son más difíciles de curar.

Podemos encontrar varias definiciones de desgarro como por ejemplo el desgarro cutáneo se puede definir como: una herida provocada por cizalla, fricción o contusión que da lugar a la separación de capas de la piel y que puede ser de espesor parcial (separación de la epidermis de la dermis) o de espesor completo (separación de la epidermis y dermis de las estructuras subyacentes).

Este tipo de lesión es más difícil de curar, también son mas susceptibles a padecer infecciones y complicaciones.

Este tipo de lesiones suele aparecer más frecuentemente en ancianos aunque también en los lactantes y los niños también presentan riesgo de ello. Además de las personas en los extremos de la edad, son también poblaciones de alto riesgo para los desgarros cutáneos las constituidas por los pacientes que sufren enfermedades de carácter crítico o crónicas. Estos pacientes muestran también un riesgo elevado de infecciones secundarias de la herida o lesión del desgarro.

2 Objetivos

- Describir qué tipo de cuidados y prevención puede realizar el TCAE para un paciente que tiene más facilidad de realizar un desgarro cutáneo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican que tipo de cuidados puede realizar el TCAE en un paciente con un desgarro cutáneo.

Palabras clave cutáneo, lesión, cuidados, prevención.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido encontrar artículos que nos indican o enseñan que tipo de precaución o cuidados puede realizar el TCAE en un paciente que es propenso o susceptible a padecer un desgarro cutáneo en su cuerpo.
- El TCAE ante un paciente mayor que es propenso a estos desgarros cutáneos o cualquier paciente que tenga también riesgo de este signo deberá en el aseo realizar una hidratación con cremas en la zona anatómica. También puede ser adecuado el uso de aceite corporal, pues es un buen hidratante para la piel del paciente.
- El TCAE deberá fomentar una buena alimentación y administración en el paciente, a base de líquidos, proteínas como el pescado, carne o lácteos que ayudan a la cicatrización de la piel y en este caso a la curación del desgarro.
- El TCAE sugerirá a los pacientes que en épocas de frío se recubran bien las zonas corporales así evitaremos que el desgarro se genere incluso en el invierno

y será más difícil de tratar.

- El TCAE en el momento del aseo no utilizará agua ni muy caliente ni muy fría , ya que la que puede mejorar y prevenir los desgarros es el agua tibia. Debido a la vasoconstricción o vasodilatación.
- También es importante que el TCAE le comente al paciente el riesgo de realizar movimientos rápidos en cuanto a la movilidad, es mejor realizar movimientos lentos y así se realizara a su vez una prevención de accidentes con la consecuencia de producir un desgarro cutáneo.
- En caso de que el desgarro sea grande tendrá que acudir al centro sanitario y el facultativo le colocara una cura y también le pautara una serie de medicación que ayudara a este a la cicatrización y curación de este desgarro cutáneo.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer como se ha incluido en nuestro tema que es un desgarro cutáneo su definición para poder diferenciar las úlceras por presión de esta.

El TCAE es el profesional que suele estar mas cercano al paciente con lo cual podrá realizar una serie de consejos los cuales aparecen en nuestros resultados y con ello también estará realizando una educación sanitaria y prevención del desgarro cutáneo.

Es un tema del que poco se habla y se conoce, ya que en el momento que un paciente aparece o debuta con un desgarro se le diagnostica como una herida o úlcera.

6 Bibliografía

- Dorner BD, Posthauer ME, Thomas D. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Role of Nutrition in Pressure Ulcer Healing Clinical Practice Guideline. 2009.
- M. Benbow. Skin tears. J Comm Nurs., 23 (2009), pp. 14-18

Capítulo 202

LA MANERA DE TRATAR A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

ELENA ROPERO MUELA

1 Introducción

El paciente que acude a urgencias puede ser de diferentes patologías y estados, también si están conscientes o no todo ello va a conllevar una situación agradable o no.

El servicio de urgencias suele estar en la planta más baja del hospital, un lugar accesible, para todos los pacientes. Algunos pacientes podrán llegar por sus propias medidas, caminando otros no podrán llegar sin que los ayuden y otros incluso inconscientes y en una ambulancia.

Como se ha comentado uno de los beneficios es la relación con el paciente tiende a estar fundamentada en el principio de autonomía, es decir, la opinión del enfermo respecto a los procesos diagnósticos y terapéuticos en los que se vea involucrado ha de ser tenida en cuenta. Se ha considerado que una correcta información es el factor decisivo que asegura la satisfacción del paciente, y con una comunicación adecuada es más probable el cumplimiento de las recomendaciones médicas.

Pero necesitamos saber que es empatizar y lo podemos definir como que es la capacidad para identificarte con otra persona y compartir sus sentimientos, es una virtud que puedes potenciar. Si transmites buenas sensaciones y optimismo a quien te rodea llenarás de vitalidad tu relación con los demás.

2 Objetivos

- Describir qué tipo de conocimientos y actuaciones debe tener el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con un paciente en urgencias y poder empatizar con él.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican que tipo de empatía pueden llegar a tener el TCAE con un paciente en urgencias.

Palabras clave: urgencias, empatía, cuidados, comunicación.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos los cuales nos indican que tipo de comunicación puede llegar el TCAE y poder empatizar con el paciente en un servicio especial de urgencias.

El TCAE debe conocer al paciente que tipo de patología u urgencia ha tenido para que haya acudido al servicio de urgencias.

El TCAE debe conocer también que la acción de cuidar siempre ha sido dinámica, ha trascendido, y según el enfoque con el que se le estudie, ya sea desde la óptica cultural, religiosa, sociológica, psicológica, antropológica, económica o médicamente; tiene singularidades y especificidades, que directa o indirectamente influyen en quien da y quien recibe la acción de cuidar, en el porqué y para qué del

cuidado en el dónde y cuándo se cuida y en el cómo y con que se cuida.

El TCAE deberá intentar ayudar al paciente y a sus familiares en caso de que hayan ido acompañados para poder facilitar el tiempo de estancia en el servicio de urgencias.

El TCAE ayudará en el traslado de los sillones o en caso de gravedad se le ayudará a acostarlo en una camilla para que el paciente esté cómodo.

En el momento del diagnóstico el técnico de cuidados auxiliares de enfermería ayudará a estos pacientes tanto si es leve y se van de alta a su domicilio, como si es grave y tiene que quedar ingresado para un tratamiento quirúrgico, o analgésico. El paciente que se vaya de alta de urgencias a su domicilio va a llevar una sensación agradable o no y de poder haber empatizado con el personal sanitario. En caso contrario se irá con tristeza, angustia y con sensación de haber sido bien atendido.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo el TCAE es un responsable en cuanto al trato del paciente en un servicio de urgencias en el cual dependiendo de cómo se trate a este paciente llevara una sensación buena o mala.

También hay que tener en cuenta el estado del paciente, según nuestros resultados el personal sanitario que realiza sus funciones laborales en urgencias debe de tener en cuenta que son pacientes que acuden en ayuda. Para ello se debe fomentar el bienestar, confort etc. para poder realizar cómodo el estado de este paciente durante la estancia en este servicio.

Es un tema muy importante para poder ayudar a pacientes que se encuentran en un mal momento.

6 Bibliografía

1. Weiss S., Derlet R., Arndahl J., Ernst A., Richard J., Fernandez M., et. al. Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding In Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). Acad Emerg Med 2004; 11:38-5.
2. Morales C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten a urgencias, frente a la atención de enfermería en un hospital de primer nivel de Mistrató, Risaralda. Febrero a Abril de 2009. [Tesis trabajo de grado].

Capítulo 203

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE DIABÉTICO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

1 Introducción

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que más se está incrementando en el mundo.

Es una enfermedad que afecta principalmente al metabolismo glúcido y la homeostasis al metabolismo de la insulina en el organismo.

En algunos casos hay personas con muchas patologías existentes y con la observación de que no han los cuidados adecuados de su parte.

Podríamos decir que la diabetes se va empeorando con el tiempo y por falta de cuidados desarrollando enfermedades como la nefropatía y artropatías. Terminando en sesiones de hemodiálisis, pie diabético y un posterior ingreso hospitalario.

La diabetes es una enfermedad que aparece cuando la glucosa en sangre aparece en los pacientes a niveles demasiado altos, la principal energía del cuerpo humano es la glucosa, y esta proviene de los alimentos.

La insulina es una hormona que produce el páncreas, ayuda a que la glucosa de los alimentos ingrese en las células para usarse como energía.

La diabetes aparece porque:

- El cuerpo no produce nada de insulina.
- El cuerpo no produce suficiente insulina.
- El cuerpo no usa adecuadamente la insulina, en este caso la glucosa se queda en la sangre y no llega a las células.

2 Objetivos

Explicar e indicar las funciones ante el paciente diabético que está ingresado en las instituciones hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A veces las personas cuando tienen diabetes dicen que tienen “Alto el azúcar” o que tienen “pre diabetes”. Estos términos nos hacen pensar que la persona realmente no tiene diabetes o que su caso es menos grave. Sin embargo, todos los casos de diabetes son graves.

La diabetes es una enfermedad crónica e irreversible.

La diabetes se clasifica en cuatro tipos diferentes:

- Diabetes tipo 1.
- Diabetes tipo 2.
- Diabetes gestacional.
- Otros tipos de diabetes.

Diabetes tipo 1

Este tipo de diabetes normalmente aparece a muy temprana edad y de manera brusca. También es conocida como insulino-dependientes o diabetes juventud. Se caracteriza por la falta absoluta de la hormona insulina. No responde a tratamientos antidiabéticos orales, y estos pacientes deberán inyectarse insulina a diario y de por vida para sobrevivir.

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 suele aparecer de forma más progresiva y a edades más avanzadas. El cuerpo produce insulina pero no la usa adecuadamente, estas personas tienen un problema para llevar el azúcar en la sangre hacia las células del cuerpo, lo que produce altos niveles de sangre. Se trata normalmente con antidiabéticos orales. Este es el tipo más común de diabetes.

Diabetes gestacional.

Afecta a algunas mujeres durante el embarazo. La mayoría de las veces, este tipo de diabetes desaparece después de que nazca el bebé. Sin embargo, cuando una mujer ha tenido diabetes gestacional, tiene más probabilidad de sufrir de diabetes tipo

2 más adelante en la vida.

Otros tipos de diabetes

Estos tipos son menos comunes, incluyen la diabetes mono génica, que es una forma hereditaria de diabetes y la diabetes relacionada con la fibrosis quística.

Signos y síntomas

Los signos y síntomas más importantes de la diabetes encontramos:

- Aumento de la sed y de las ganas de orinar.
- Aumento del apetito.
- Fatiga.
- Visión borrosa.
- Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies.
- Úlceras que no cicatrizan.
- Pérdida de peso sin razón aparente.
- Los síntomas de esta enfermedad son similares para todas las clases de diabetes.

Se diferencian en la forma en la que aparecen, porque en la diabetes tipo 1 se manifiestan de forma brusca y en la de tipo 2, los síntomas se van manifestando de forma paulatina.

Tipo 2:

Se diagnostica cuando el nivel de glucosa en sangre es superior o igual a 200mg/dl.

Los índices normales son:

- En ayunas entre 70 y 100 mg/dl. Si se realiza aleatoriamente en cualquier momento del día el índice normal será de 125mg/dl o menor dependiendo del tiempo que haya pasado desde la última comida.

- Niveles altos:

- Antes de comer un nivel superior a 130mg/dl. Dos horas después de comer sobre 180mg/dl.

- Los síntomas no aparecen hasta que el nivel de glucemia es superior a 250mg/dl. Destacamos que en la diabetes gestacional no existen los síntomas anteriormente mencionados, o son muy leves, se suele manifestar por el prematuro aumento de peso en el feto.

Las complicaciones potenciales de esta enfermedad se divide en dos categorías: agudas y crónicas.

- Agudas: son las complicaciones más serias, representan una amenaza para la vida, pueden surgir rápidamente, (bajadas y subidas de azúcar). Surgen de azúcares altas en sangre sin control (hiperglucemia) y azúcares bajas en sangre (hipoglucemia), causadas por falta de coincidencia entre la insulina disponible y la necesaria.

- Crónicas: tienden a surgir con el curso de los años o décadas. Con frecuencia, existen daño antes de que haya síntomas y se recomienda análisis preventivos de rutina.

Los problemas incluyen:

- Pérdida de visión o ceguera. Daño e insuficiencia renal. Enfermedad cardíaca y de los vasos sanguíneos. Alta presión sanguínea. Problemas dentales. Problemas en el pie, derivado en pie diabético.

- El mejor tratamiento para las complicaciones sean agudas o crónicas es un estricto control de azúcar en sangre.

- Control de la presión sanguínea. Control de los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre. Control de peso. Ejercicio. No fumar. Exámenes preventivos, etc. Tratamiento.

- Tipos de insulina y modo de administración.

Existen tres grupos principales de insulina.

Insulina de acción rápida, de acción intermedia y de acción prolongada.

Según los niveles de cada paciente tenga en cada momento. Cada paciente tiene una dosis asignada.

Dos modos de administración:

Inyección (de forma subcutánea).

Infusión (directamente en vena).

En pacientes inconscientes se administrará la insulina vía infusión.

ADOS.

Son antidiabéticos orales, este tipo de tratamiento está indicado para diabetes tipo 2. Estos fármacos no están diseñados para curar la diabetes.

Tipos de antidiabéticos orales.

Insulinisensibilizadores:

Biguanidas: metformina.

Tiazolidinadionas: piogilitazonas.

Secretagogos:

Sulfonilurea: glimepirida, glipizina, etc.

Glinidas: repaglinida, netaglinida.

Retrasan la absorción de glucosa

Inibidores alfa-glucosidasa.

Efecto incretina:

Incretinmiméticos (análogos GLP1): exenatide, etc.

Incretinpotenciadores (inhibidores DPP4): vildagliptina, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del TCAE deberán proporcionar una atención muy específica a este tipo de pacientes, ya sea en hospitales o residencias geriátricas. El cuidado asistencial del TCAE al paciente diabético no se ciñe tan solo a la parte clínica. También es vital la empatía del TCAE e incluso la pedagogía que aporta a la persona con algún tipo de diabetes con el objetivo de llevar un mejor control de la enfermedad y mayor calidad de vida.

La prevención de la enfermedad es distinta según el tipo de diabetes. La de tipo 1 no se puede prevenir. La de tipo 2 se puede prevenir con un estilo de vida saludable, evitando sedentarismo, bebidas azucaradas, comida basura, etc.

6 Bibliografía

1. <https://es.slideshare.net/jimenezcuadra/antidiabeticos-orales-33427052>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/diabetescomplications.html>.

Capítulo 204

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

1 Introducción

En el ámbito de la nutrición enteral (NE), se trata de un enfoque de apoyo nutricional en el que una dieta nutricionalmente completa, que incluye: proteínas o aminoácidos, carbohidratos, lípidos, agua, minerales, vitaminas y fibra, llega directamente al sistema digestivo. Esto se puede hacer oralmente si la contribución excede el 50% del reclamo del paciente. También puede realizarse mediante una nasal o un estoma. El transductor es posible ubicar en el estómago, el duodeno o el yeyuno mediante la aplicación de la nasogástrica o del estoma. La mayoría de los transductores se pueden poner a los pies de la cama, pero algunos requieren tratamientos como endoscópica, quirúrgica o radiológico. Todos los pacientes

que se alimentan por catéter recibirán una evaluación nutricional inicial y un seguimiento continuo, y ellos, sus familiares o cuidadores, serán informados sobre el tipo de asistencia que recibirán, los posibles riesgos y la duración aproximada de la asistencia nutricional. durará. Los pacientes seleccionados para alimentación enteral son aquellos que no pueden, no deben o no desean comer y tienen un tracto gastrointestinal anatómico y funcionalmente accesible. El tracto intestinal debe considerarse la ruta más fisiológica de suministro de nutrientes y debe priorizarse siempre que sea posible. La nutrición enteral se indica en los pacientes siguientes:

- Trastorno mecánico de la deglución. - Disfagia motora de la deglución. - Fallo del proceso de digestión y absorción de nutrientes. - Requerimientos dietéticos especiales. - Negarse a comer. El propósito de la nutrición enteral consiste en prevenir la desnutrición en pacientes con problemas nutricionales y evitar la exclusión del consumo propio de proteínas. Así mismo, es prudente ingerir líquidos y nutrientes directamente en el estómago y el yeyuno, cuando no se puede consumir por ingerir alimentos.

2 Objetivos

Explicar qué es la alimentación nasogástrica y yeyunal, cuáles son los tipos de vías de acceso, las responsabilidades de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en materia de nutrición enteral y recomendaciones para el manejo, y finalmente explica los tipos de recetas en función del aporte calórico.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se realizó un estudio que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. La búsqueda se limitó a artículos publicados en español.

4 Resultados

La nutrición enteral es un método eficaz para alimentar a los pacientes que no pueden alimentarse vía oral y es fácil de usar y normalmente no causa problemas. Sin embargo, para lograr los objetivos previstos y evitar complicaciones, la

práctica debe regirse por reglas de funcionamiento claras. La práctica es cada vez más común y es importante definir y controlar la competencia de profesionales con diferentes niveles de experiencia y formación. Para lograrlo, es importante establecer un proceso claro y seguir los pasos a seguir. Métodos y recomendaciones de uso. Al introducir la alimentación el TCAE se encarga de introducir la nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica. Asegurarse de que el transductor esté en la posición correcta y que la alimentación se haga rápidamente para evitar problemas como el reflujo. Hay dos formas de manejo enteral:

- La jeringa se usa en casa porque es fácil y se hace fácil. El sistema de gravedad es un dispositivo de infusión más lento y, en ocasiones, se caracteriza por su capacidad para ajustar la velocidad de infusión mediante la modificación de la posición de la perilla de infusión. - Gracias al uso de una bomba, este método permite un control preciso de la tasa de entrega de nutrientes. Alimentar abriendo el estómago y el yeyuno. La alimentación mediante el bypass gástrico requiere utilizar una sonda de alimentación a través de la piel y la pared del estómago. Va directo al estómago.

Responsabilidades de TCAE para la nutrición enteral:

- El TCAE es para mantener la posición Fowler o Half Fowler del paciente durante el ensamble y la digestión de la muestra.
- TCAE girará el sensor una vez para que no se pegue a la piel.
- TCAE monitoreará la posición y condición del transductor durante cada turno y antes de la implementación.
- TCAE inspeccionará y mantendrá la bomba de infusión limpia y en buen estado de funcionamiento.
- TCAE evaluará el estado de la piel y las mucosas de las fosas nasales. TCAE mantendrá limpia la boca del paciente.
- TCAE debe asegurarse de que la tapa esté completamente cerrada cuando no esté en uso.
- TCAE cambiará el rango de fijación y la posición de la sonda diariamente. Se debe limpiar diariamente el exterior del transductor y el soporte exterior con una gasa, agua y jabón neutro. Lavar y secar.
- TCAE se asegurará de que la piel peristáltica no se irrite, inflame o provoque secreción, dolor, enrojecimiento y notificará al personal médico.
- TCAE lava el estoma con gasa y agua tibia durante los primeros 15 días, seca con palmaditas y aplica un antiséptico. Tras la tercera semana, cubrirá el respirador diariamente con agua y jabón. El propósito de esta sección es garantizar que cuando decidimos ingresar al paciente, el enfoque que elegimos sea apropiado para la patología del paciente. - Método no invasivo. (vía nasal)

- Método invasivo. (pornografía)

La elección del abordaje depende de la duración del uso de la servilleta, el funcionamiento de cada parte del tracto gastrointestinal, la patología y condición del paciente y la presencia o ausencia de riesgo de aspiración. El tipo de mezcla depende del contenido de nutrientes. Formulaciones poliméricas: la mayoría son líquidas, isotónicas o sólo moderadamente hipertónicas. Los carbohidratos vienen en forma de polisacáridos y constituyen entre el 55 y el 40% del total de calorías. -Formulaciones oligoméricas: Se presentan en forma de polvos de sabor neutro, aunque algunas están disponibles en forma líquida y saborizada. El porcentaje de carbohidratos fue mayor en la dieta polimérica, por encima del 55% de la VCT. La cantidad de grasa es menor y suelen contener MTC. -Especialmente formulado: especialmente diseñado para situaciones fisiopatológicas específicas donde las necesidades nutricionales son diferentes a las habituales. Está diseñada para ser más beneficiosa que una dieta estándar porque no sólo pretende servir como fuente de alimento, sino también para alterar el curso evolutivo y/o pronóstico de la enfermedad para la que está diseñada.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería es muy importante porque tiene que ser persistente, decidida y paciente para realizar el procedimiento de cateterismo, si surgen problemas se pueden resolver sin complicaciones. Los equipos de atención médica, junto con los TCAE, deben recibir capacitación continua para hacer bien su trabajo y brindar atención de calidad a los pacientes. El asistente de enfermería es la persona que garantiza que se proporcionen los alimentos prescritos y que el tracto urinario esté limpio. El técnico de cuidados de apoyo trabajará tanto con la gestión como con el mantenimiento de los cuidados relacionados y ayudará con la colocación del equipo según lo requiera el personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://www.sapd.es/revista/2009/32/6/08>.
2. <https://revistamedica.com/administracion-nutricion-enteral-tcae/>.
3. https://www.google.com/search?q=nutricion+enteral+por+sonda&rlz=1C1VDKB_esES987ES987&oq=NUTRICION+ENTERAL&aqs=chrome.2.69i59j0i512l5j69i60l2.10242j1j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8.

Capítulo 205

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIACOS

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca es un desequilibrio en el funcionamiento del corazón en el que no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente, provocando una sintomatología generalizada en todo el cuerpo. Sabemos que el corazón ofrece unos parámetros diferentes de unas personas a otras dependiendo de la edad, de la actividad realizada previamente, la dolencia, la hora del día, etc., por eso cuando el paciente está hospitalizado se tomará una vez por turno, o más si la situación clínica lo requiere.

Las enfermedades cardiovasculares ofrecen una serie de síntomas: dolor en el pecho, falta de aire para respirar, cansancio extremo, debilidad en piernas y brazos, siendo las enfermedades más comunes:

1. Infarto de miocardio: debido a la obstrucción de una arteria.
2. Insuficiencia cardíaca: desequilibrio entre el bombeo de la sangre y las necesidades.
3. Hipertensión: estrechamiento de las arterias más pequeñas.
4. Angina de pecho: falta de flujo sanguíneo en el corazón.

La especialidad de cardiología va dirigida a tratar al órgano del corazón, su anatomía, fisiología y sus enfermedades por lo que se hace necesario que el equipo que atienda estas afecciones esté especializado, tanto médico, enfermeros (DUE) y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), que serán los que intervengan ante cualquier urgencia.

2 Objetivos

- Desarrollar el papel del TCAE ante un paciente con una patología cardíaca, así como la sintomatología y tipos de enfermedades coronarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La población más propensa a padecer alguna enfermedad cardíaca es: la que abusa del tabaco y el alcohol, la población más envejecida, la afectada por diabetes, la que tenga antecedentes familiares, y la población obesa o con demasiado estrés. Y es que es una de las causas más frecuente de hospitalización, sobre todo en personas de más de 65 años.

El paciente puede no saber que padece esta enfermedad, es decir, que sea asintomático hasta que un golpe de tos o una disnea paroxística le haga acudir al centro de salud o a urgencias y las pruebas pertinentes desvelen una patología cardíaca, la cual puede ser leve o por el contrario más graves que incluso tenga que ser intervenido quirúrgicamente.

Las pruebas diagnósticas que realizan son: analítica completa, proteína C reactiva (PCR) para ver si existe inflamación e infección con respecto a las capas del corazón, una ecográfica torácica, una radiología de tórax, prueba de esfuerzo, etc. El TCAE dentro de sus funciones, ante un paciente con esta patología, ayudará al equipo médico en las pruebas que se tengan que hacer, conociendo el material y el funcionamiento de los equipos.

Deberá comprobar que la disnea es puntual que satura perfectamente, que la alimentación es correcta y si ingiere al día suficiente líquido, así como que no presente retención de líquidos en manos y pies, tomará las constantes vitales diariamente, y también lo pesará. En los casos en los que no tenga mucha movilidad, el TCAE ayudará a incorporarse en la cama o sillón, velando por su descanso. Además de ayudarlo en el aseo diario, en los cambios posturales, en la preparación de la cama.

También deberá eliminar los factores de peligro, para que no tropiece y se caiga, una buena ventilación de la habitación, procurar que no deambule solo y que en caso de tener que desplazarse pida ayuda al personal sanitario, que no hay ruido en las habitaciones, que no hay excesiva luz que no le permita descansar adecuadamente. En el caso de que el paciente tenga que llegar a realizar una intervención quirúrgica el TCAE lo ayude en el preoperatorio y en el postoperatorio.

Ante un caso urgente, se hará un control de constantes: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno intentando que sea mayor a 92. Realizar un electrocardiograma, un control de diuresis, una gasometría arterial basal, una radiografía de tórax para valorar la congestión pulmonar, y ver el nivel de conciencia y colocarlo en la posición de Fowler.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte en países desarrollados, por lo que se hace de vital importancia la concienciación de la prevención de dichas enfermedades a través de unos estilos de vida saludables, acudiendo a los servicios sanitarios cuando empiecen los primeros síntomas que suelen ser: dolor en el pecho, dificultad para respirar, flojedad de piernas y brazos, cansancio, etc.

El TCAE deberá de conocer las pautas de actuación en la atención al enfermo con descompensación cardíaca en todas sus etapas de su enfermedad, para ante cualquier alarma pueda avisar al equipo de enfermería o a los especialistas cardiólogos para actuar con más celeridad. El TCAE comprobará que si existe

una disnea, es esporádica, que tiene una buena saturación de oxígeno, y le ayudará ante un proceso preoperatorio o postoperatorio.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-cardiologia/>.
2. www.secardiologia.es/publicaciones/catalogo/documentos-de-consenso/5816-consenso-para-la-mejora-de-la-atencion-integral-delospacientesconinsuficiencia-cardiaca-ag.

Capítulo 206

CUIDADOS AL PACIENTE ANCIANO POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE)

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

1 Introducción

A medida que las personas envejecen, sus hábitos se adaptan a la nueva situación, y lo mismo ocurre con su comportamiento.

Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería y otros profesionales de la salud deben estar capacitados y formados para manejar todos los cambios de comportamiento que son comunes en los adultos mayores. En esta etapa de la vida, es típico encontrar cambios en el comportamiento, el estado de ánimo, la personalidad, los intereses y los problemas de salud mental.

El personal técnico auxiliar en cuidados de enfermería y el resto de profesionales sanitarios deben esforzarse por comprender al paciente sin hacer suposiciones incorrectas.

Los ancianos no necesariamente son conscientes de sus cambios de comportamiento, que pueden ser inconscientes o involuntarios, o viceversa, según la situación. El desarrollo de las personas mayores implica naturalmente cambios de comportamiento que son relevantes para la vejez.

La adaptación al medio es un requisito biológico que el ser humano debe cumplir en todas las etapas de su desarrollo, incluida la vejez. La última fase del ciclo de vida implica una pérdida de recursos cognitivos negativos, lo que puede conducir a una mayor calidad de las demencias relacionadas con la vida.

Es por esto que profesionales como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y demás personal de salud son necesarios para el bienestar de los pacientes. La aparición de demencia o problemas relacionados con el comportamiento pueden alterar la comunicación. La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro casi completo de las funciones cerebrales cognitivas, lo que provoca una inadaptación social en las personas mayores. Este desajuste a corto y largo plazo afecta su entorno cerebral y funciones cerebrales superiores, generalmente de por vida.

2 Objetivos

- Describir alteraciones de la conducta en pacientes por demencia.
- Explicar las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería con los pacientes que sufren demencia senil.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio se ha llevado a cabo una investigación con una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en la actualidad, realizando una búsqueda sistemática de libros y consultando artículos relacionados a través de internet, seleccionando los recomendados de la Organización Mundial de la Salud, también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline y Scielo.

4 Resultados

En el paciente de avanzada edad con demencia senil, hay muchas funciones que se pueden ver afectadas como: la memoria, el lenguaje, la atención, orientación, pensamiento y el juicio.

El técnico auxiliar en cuidados de enfermería, al tener contacto directo con estos pacientes debe ser capaz de interpretar las emociones de una persona con demencia, pues en los momentos previos al inicio y diagnóstico de esta enfermedad se dan pequeños detalles que indican un posible inicio paulatino, a veces no muy marcados de la demencia en este momento, debiendo centrar su atención en la persona mayor y prestarle la máxima atención para evitar que involuntariamente sufra daños o cause daño a otros. Ya en los estadios más avanzados de la enfermedad, se debe prestar atención a sus emociones, prestar atención a sus gestos y apariencia, y anticipar su comportamiento en base a los estímulos que lo provocan, dirigiéndose a él con dulzura y comprensión para que no se sienta ofendido. La relación del TCAE con personas que sufren trastornos de conducta o demencia requiere que esté plenamente formado y sea consciente de que existen variables a tener en cuenta a la hora de comunicarse con ellos. Entre los posibles problemas que nos encontramos en la comunicación están:

- Tener que repetir las cosas varias veces para que nos entienda.
- Se debe evitar expresiones que puedan interpretarse como amenazantes.
- Debemos controlar las propias emociones negativas y aplicar la empatía. El técnico auxiliar en cuidados de enfermería como apoyo y cuidador, tiene unas funciones que van más allá del mero cuidado físico, debe tolerar los cambios cognitivos de la persona que padece demencia y acompañarla en ese proceso con comprensión. Los cambios de comportamiento más comunes en pacientes con demencia senil son los siguientes:
- La pérdida de memoria suele ser la más común y se debe al olvido de información registrada en la memoria a corto plazo.
- Dificultad para resolver problemas, pérdida de habilidades de cálculo.
- Dificultad para realizar las tareas cotidianas, olvidando ciertas prácticas relevantes, como tomar pastillas u olvidarse del aseo.
- Desorientación en un lugar, olvidar cómo llegar a un lugar o cómo salir de él.
- Problemas del habla, capacidad reducida para expresarse o no encontrar las palabras adecuadas para comunicarse con normalidad.
- No recordar dónde dejó sus cosas y pertenencias.
- Cambios de humor, mal humor, tristeza, pesimismo, ingratitud, que afectan directamente a los que le rodean.

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar en cuidados de enfermería que trabaje en el servicio de geriatría debe consolidarse como un profesional altamente calificado y capacitado en

el cuidado de personas con deterioro cognitivo. Por ello, es de suma importancia tener una formación completa en esta especialidad. Debe ser un profesional dedicado, comprometido con las características únicas de este grupo de edad e inculcar hábitos de vida saludables en los pacientes durante su estancia, trabajando de manera multidisciplinaria para la protección de la salud mental de las personas mayores, respetando su independencia en tareas autónomas y adaptando el trabajo a realizar a las necesidades de cada paciente.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención de las necesidades del paciente anciano [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-atencion-de-las-necesidades-del-paciente-anciano/>.
2. Funciones 1. Misión Y. AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE GERIATRÍA [Internet]. Comunidad.madrid. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/empleo/5611022_auxiliares_de_enfermeria_de_geriatria.pdf.
3. Auxiliar de geriatría [Internet]. Educaweb.com. Educaweb; 2012 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-geriatria-41/>.

Capítulo 207

CUIDADO DE LA TRAQUEOTOMÍA EN EL PACIENTE, EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

CATALINA ALMENDROS MESIAS

MARTA QUIRÓS CAÑAS

1 Introducción

La traqueotomía es una técnica quirúrgica que consiste en la realización de un orificio en la parte anterior del cuello, concretamente en la tráquea, con el objetivo de establecer una nueva vía que permita la respiración. En la mayoría de ocasiones se instala una sonda o cánula en la perforación. Este procedimiento se realiza bajo anestesia general o anestesia local en situaciones de emergencia.

Algunas situaciones en las que se lleva a cabo este procedimiento son cuando:

- El paciente tiene algunos músculos paralizados
- El paciente presenta alguna lesión en el cuello
- El paciente no puede respirar de forma normal, ya sea debido a un defecto congénito, a la presencia de un cuerpo extraño o a tóxicos que obstaculizan la vía aérea.

Existen riesgos asociados a este procedimiento, tales como la generación de tejido cicatricial que obstruya las vías aéreas, la infección o el sangrado, entre otros.

Debido a la frecuencia con la que se realizan traqueotomías y lo habitual que es encontrar pacientes con este procedimiento realizado en centros hospitalarios, es importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería conozca el protocolo a seguir para asistirlos. Además, los pacientes o cuidadores serán educados en el cuidado de la traqueotomía.

2 Objetivos

- Exponer conocimientos básicos sobre la traqueotomía en el paciente
- Enumerar los cuidados que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el paciente con traqueotomía

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación haciendo uso de diferentes fuentes bibliográficas tales como páginas web de literatura médica, libros de formación y artículos científicos de diversas páginas como Pubmed, Scielo y otras.

4 Resultados

La traqueostomía requiere una serie de cuidados y conocimientos por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, con el objetivo de conseguir el manejo más eficiente y beneficioso para el paciente.

Al terminar el procedimiento de la traqueotomía, de forma inmediata el equipo sanitario debe procurar que la herida quede desinfectada y seca, puesto que se quiere evitar complicaciones como la infección. Para ello se usará solución salina estéril, llevando a cabo esta desinfección cada ocho horas, o más si así lo indica el equipo médico.

El estoma traqueal se debe proteger, en este caso con gasas finas evitando manipularlas y realizar cortes en estas para impedir que entren partículas al interior. Es recomendable asegurar la sujeción de la cánula con cintas, o en algunas ocasiones, con un punto a piel a los lados de la traqueotomía.

Una cánula consiste en un conducto externo, un conducto interno y un obturador (se requiere para la introducción de la cánula externa y tras esto es desechado). Existen diferentes tipos de traqueostomías:

- La traqueostomía cuya cánula tiene una sonda, utilizada cuando los pacientes requieren usar un respirador.
- Traqueostomía con cánulas sin manguito.

Es necesario limpiar la cánula con agua templada y cambiarla en caso de desgaste, evitando lavarla con otros productos que no sea agua oxigenada y aclararla tras esto. El lavado con agua oxigenada se realizará cuando quede suciedad tras el lavado con agua templada.

La traqueotomía producirá secreciones, las cuales deben ser eliminadas cada día al menos una vez o más dependiendo del paciente. Las secreciones se eliminarán con un aspirador y sondas de aspiración, siendo la duración de este procedimiento menor a diez segundos. Cuando existan secreciones en forma de tapón o difíciles de aspirar, se inyectará una solución fisiológica en una cantidad de uno a tres mililitros para eliminarlas.

5 Discusión-Conclusión

La traqueotomía requiere una atención y una asistencia a la adaptación del paciente determinado, ya sea porque van a requerir de este procedimiento de forma temporal o permanente. Es importante tener en cuenta los riesgos de este procedimiento, los signos que indiquen complicaciones y las precauciones a tomar para evitarlas. Debido a la importancia que supone esta intervención y a los cambios que experimentará en cuanto a su calidad de vida, es necesario que el paciente disponga del cuidado físico y del apoyo psicológico por parte del personal sanitario y concretamente del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, siendo este último de gran importancia en cuanto al cuidado diario y la supervisión de su bienestar.

6 Bibliografía

1. Procedimiento quirúrgico para traqueotomía. Medline Plus [Internet] Actualizado el 22 de enero de 2023 [consultado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002955.htm#:text=Es%20un%20procedimiento%20quir%C3%BArgico%20para,de%20traqueotom%C3%ADa%20o%20sonda%20traqueal>.
2. Nicouleau, L., & Cotto, C. (2015). Les soins infirmiers aux patients trachéotomisés et trachéostomisés [Nursing care for tracheotomy and tracheostomy patients]. Soins; la revue de reference infirmiere, (798), 46–49. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2015.07.006>

3. Técnica de aspiración estéril de secreciones. Portal oficial del estado argentino. [Internet] Actualizado en 2023 [consultado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/inareps/manual-cuidados-respiratorios-pacientes-adultos-traqueotomizados/secreciones#:~:text=Tomar%20la%20sonda%20con%20la,no%20excederse%20en%20dicho%20tiempo>).

Capítulo 208

NOCIONES SOBRE LA DIABETES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

MARTA QUIRÓS CAÑAS

CATALINA ALMENDROS MESIAS

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) se define como una enfermedad o conjunto de patologías metabólicas caracterizadas por la elevación de los niveles de glucosa en sangre de forma crónica. Este trastorno puede estar causado tanto por una disminución de la producción de insulina como por una resistencia a su acción. Existen otros tipos de diabetes como la diabetes insípida y la diabetes gestacional. En cuanto a la DM1 (diabetes mellitus tipo 1) se calcula una prevalencia de 1-1,5 por cada 1.000 habitantes; además, la DM2 (diabetes mellitus tipo 2) tiene una prevalencia de 8 por cada 1.000 habitantes al año. Se calcula que en torno a un 9% de la población a nivel mundial padece diabetes. Esto la convierte en un trastorno de gran importancia en cuanto a la salud de la población actual, puesto que además de tener una gran incidencia, produce de forma directa afecciones como daño renal, retinopatía e hipertensión, entre otras. Supone un factor de riesgo muy relevante en patologías cardiovasculares, aumentando también la

posibilidad de padecer osteoporosis y patologías del sistema inmunitario, entre otras.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encontrará de forma frecuente a pacientes con diabetes, por lo que es importante conocer su funcionamiento y los cuidados que deben recibir.

2 Objetivos

- Exponer la fisiopatología de la diabetes y su importancia en la medicina comunitaria
- Enumerar conocimientos básicos necesarios para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la intervención del paciente diabético

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La diabetes mellitus se clasifica en dos tipos, siendo el tipo 1 autoinmune debido a la pérdida pancreática de generación de insulina, iniciándose en la infancia o adolescencia; y el tipo 2 (más frecuente que el tipo 1) que se genera por diferentes causas como un bajo nivel o ausencia de ejercicio físico y un gran depósito de tejido adiposo.

En los pacientes diabéticos hay diferentes objetivos respecto a su tratamiento. Los más importantes son la prevención de los cuadros de glucemias agudas provocados por la falta de insulina, y la prevención de consecuencias o complicaciones como lesión renal o daño de la retina. Para ello lo más importante es controlar la glucemia o concentración de glucosa en sangre.

La glucemia se puede medir en diferentes momentos del día, como en ayunas, en un momento aleatorio o realizando una prueba de tolerancia. Para ello se extrae una gota de sangre y se deposita en una tira de prueba que se conecta

al medidor. Se pueden obtener diferentes concentraciones de glucosa en sangre, que interpretaremos según si el paciente ha comido o no.

- Un paciente sin diabetes tendrá unos niveles de glucosa en torno a 70-110 mg/dl antes de comer y menos de 140 mg/dl dos horas después de comer
- Un paciente con diabetes puede tener unos valores de 80-130 mg/dl antes de comer y menos de 180 mg/dl dos horas después de comer.
- Se pueden observar distintos valores en pacientes prediabéticos, en torno a 100-125 mg/dl en ayunas. La prediabetes ocurre cuando la glucemia es más alta de lo normal pero aún no se considera diabetes, por lo que se podrían llevar a cabo medidas como dieta o cambios en los hábitos del paciente para evitar el diagnóstico de DM2.

Se clasificaría como hipoglucemia una concentración de glucosa de 55mg/dl o menor, una normoglucemia sería un valor de 70-100 mg/dl en ayunas y una hiperglucemia 100 mg/dl en ayunas.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad de gran prevalencia e importancia en la actualidad, siendo la causa o el factor de riesgo de otras múltiples patologías y suponiendo una patología que afecta a un gran número de pacientes en los distintos centros sanitarios. Por estas razones, es de gran importancia que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería conozca la fisiopatología básica de la diabetes y la medida de las concentraciones de glucosa en sangre. El control de la glucemia es una función importante, puesto que influirá en el tratamiento del paciente, pudiendo prevenir complicaciones de esta enfermedad y medir su avance.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la diabetes? | Información básica | Diabetes | CDC [Internet]. Actualizado en 13 de julio del 2022. Consultado el 10 agosto 2023. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetes.html>
2. National Library of Medicine. Diabetes [Internet]. Actualizado en 13 octubre 2020. Consultado el 10 agosto 2023. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html>.
3. Naranjo Hernández Ydalsys. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Rev. Finlay [Internet]. 2016 Mar [citado 2023 Ago 08] ; 6(1): 1-

2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es.
4. Síntomas y causas de la diabetes - NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Actualizado en Noviembre de 2016. Consultado el 10 agosto 2023. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>.

Capítulo 209

EL PACIENTE HIPERTENSO Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARTA QUIRÓS CAÑAS

CATALINA ALMENDROS MESIAS

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

1 Introducción

La presión sanguínea o arterial es definida como la fuerza que produce la sangre sobre las paredes de las arterias. La presión arterial influye en el correcto funcionamiento del organismo y una presión más alta o baja de lo normal provocará diferentes patologías.

En el caso de la hipertensión, existen diferentes complicaciones que se pueden derivar si se mantiene en el tiempo. Se puede producir un endurecimiento de las arterias, lo que a su vez provoca que se reduzca el flujo sanguíneo, disminuyendo la cantidad de oxígeno que llega al corazón, lo cual acaba en una lesión cardíaca. Esto puede causar angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o daños vasculares como obstrucción arterial, lo que puede provocar un accidente cerebrovascular.

La hipertensión es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública. Por ello es de gran importancia que los sanitarios

tengan conocimientos sobre la prevención y el control de esta patología. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería influirán en el tratamiento de la hipertensión mediante el control y los cuidados del paciente hipertenso, además de contribuir en el apoyo y la educación sobre las recomendaciones y las medidas que deben tomarse.

2 Objetivos

- Describir la fisiopatología de la hipertensión arterial en el paciente
- Exponer los conocimientos necesarios para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para el manejo de la hipertensión arterial y su control

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El control de la presión arterial es un procedimiento rutinario tanto en las consultas de atención primaria como en otras áreas, por lo que debe ser conocido y llevado a cabo por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Existen diferentes métodos para medir la tensión arterial. El método auscultatorio y el método oscilométrico o de Pachon. En el primero se usa un manguito alrededor del brazo, unido a un sistema y mediante el estetoscopio, que se pone sobre la arteria braquial, que podemos localizar previamente. Este método se basa en la distinción de sonidos que suceden al desinflar el manguito colocado en el brazo. El segundo método es automático o semiautomático, lo cual disminuye el error humano. Es más fácil de manejar, sin embargo, el auscultatorio permite una mayor exactitud, lo que a veces lo hace necesario.

Es importante que los aparatos utilizados estén calibrados y que la medida del manguito sea proporcional a la medida del brazo del paciente. Además, se deben tener en cuenta algunas indicaciones:

- El manguito se colocará sin ropa debajo, estando el paciente sentado en una silla sin cruzar las piernas y el brazo en reposo a la altura del pecho.
- Es importante que no haya tomado café u otras sustancias que puedan alterar su estado, además de tener la vejiga previamente vacía y no hablar mientras se está realizando la medida.

Las cifras que se obtengan como resultado pueden indicarnos lo siguiente:

- Tensión arterial normal: Sistólica de menos de 120 mm Hg y diastólica de menos de 80 mm Hg.
 - Tensión arterial elevada: sistólica entre 120 y 129 y diastólica de menos de 80 mm Hg.
 - Hipertensión tipo 1: sistólica de 130 a 139 mm Hg o diastólica de 80 a 89 mm Hg.
 - Hipertensión tipo 2: sistólica de 140 o más mm Hg o diastólica de 90 o más.
 - Hipertensión tipo 3: sistólica de más de 180 o diastólica más alta de 120 mm Hg.
- El tratamiento del paciente dependerá de los resultados obtenidos.

5 Discusión-Conclusión

La tensión arterial es un valor que puede indicarnos el estado de salud del paciente y que influye directamente en el estado cardiovascular de este, por lo que se mide de manera habitual.

La hipertensión es un factor de riesgo de diferentes enfermedades, existiendo complicaciones que pueden derivarse de esta y que comprometen la salud del paciente. Por ello es importante que se realice un control en las consultas y que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería conozca los diferentes métodos de medición y los valores que pueden obtenerse para indicar un tratamiento adecuado al paciente y evitar la aparición de patologías.

6 Bibliografía

1. World Health Organization: WHO, World Health Organization: WHO. Hipertensión. www.who.int [Internet]. 16 de marzo de 2023; Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=El%20exceso%20de%20presi%C3%B3n%20puede,tor%C3%A1cico%20\(angina%20de%20pecho\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=El%20exceso%20de%20presi%C3%B3n%20puede,tor%C3%A1cico%20(angina%20de%20pecho)).
2. Narkiewicz K. (2006). Diagnosis and management of hypertension in obesity. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 7(2), 155–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00226.x>.

Capítulo 210

LA ENFERMEDAD DE COVID 19: UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE CAUSAN MAYOR MORTALIDAD EN EL SIGLO XXI

BEGOÑA FERNÁNDEZ LINDE

1 Introducción

Según varios institutos de virología se concluyó con "baja confianza" que una fuga accidental de un laboratorio clínico probablemente causó la pandemia del coronavirus.

Científicos y agencias de espionaje han estado trabajando para resolver esa duda, pero no se han encontrado pruebas concluyentes.

Los científicos que han estudiado la genética del virus coinciden en que la propagación del virus de animales a humanos fue debido a un "desbordamiento zoonótico" en el mercado mayorista de mariscos Huanan en Wuhan, el primer caso apareció en Wuhan a finales del 2019. El último informe de la OMS sugiere que no hay pruebas de que el virus saliera de un laboratorio.

Ahora la palabra Covid se ha convertido en parte de la vida cotidiana.

La gente se está preparando para la vida después del Covid, hay quienes alivian la sensación de aislamiento y privación a través del consumo y hay quienes toman conciencia de la necesidad de cuidar el medio ambiente.

En términos de la psicología analítica de Jung se encontraron su propio complejo de sombras. La respuesta colectiva de la humanidad frente a las pandemias, independientemente del tipo de enfermedad infecciosa (lepra, peste, sífilis o gripe española).

Además de las emociones típicas como miedo, ansiedad, etc. es la proyección del grupo la que se señala como causa de la enfermedad.

La pandemia actual ha infectado a más de 130 millones de personas en todo el mundo, lo que ha provocado más de 2 millones de muertes.

Para lograr un umbral de protección poblacional tendrían que desarrollar una inmunidad natural.

A partir del 2 de abril de 2021, 28 vacunas candidatas que ingresan en la fase 3.

La pregunta crucial es quien obtendrá el primer acceso a las vacunas.

La respuesta en sí misma no era complicada teniendo en cuenta diversos factores como la poca incidencia o gravedad en pacientes jóvenes y niños.

La morbilidad y la mortalidad graves eran más frecuentes en la población de mayor edad.

2 Objetivos

Exponer conceptos básicos sobre el COVID-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Unas de las conclusiones a las que se ha llegado a través de varios estudios es que el COVID-19 no es pandémico, sino sindémico, ya que cada vez ahí más personas que se quejan de síntomas mentales llamados "corona azul". Los pacientes se quejan de pérdida de motivación, depresión, irritación, ansiedad, impotencia, letargo, apatía.

Los pacientes de COVID pueden ver dos factores clínicos contrastantes, uno es cuando se desarrolla una enfermedad grave con demanda de oxígeno cuando ingresan y otra es cuando esa demanda de oxígeno se desarrolla durante la enfermedad.

Los pacientes con demanda de oxígeno, mayores de 65 años o más, hospitalizados 5 días más tarde del diagnóstico con fiebre, dificultad para respirar y nivel elevado de PCR y por consiguiente un progreso a enfermedad grave, hubo abundantes casos.

Lo que se dedujo de los estudios es que los resultados graves con ventilación mecánica, ECMO y muerte fueron más frecuentes en el grupo de exacerbaciones tempranas, mayores de 65 años, hospitalizados durante más de 5 días.

El 14 de diciembre del 2020 había desarrollados más 1653 ensayos clínicos relacionados con medicamentos para la COVID-19.

Para lograr la reducción de mortalidad se concluyo como objetivos razonables para recibir la vacuna:

- Trabajadores de primera línea de salud, atención social.
- Personas mayores de 65 años.
- Personas que tienen con morbilidades subyacentes que tienen mayor riesgo de muerte.
- Mujeres embarazadas.

Todos los estudios que se elaboran sobre las vacunas demostraran que la mayoría tiene un 90% de eficacia, sin embargo, los ensayos clínicos realizados durante la fase 3 demostraron que la eficacia de las vacunas bajaban según la cepa variante. Muchas personas piensan que las vacunas autorizadas por la EUA evitan que se contagie el virus. Algunos estudios demuestran que esto es así, pero no se puede asegurar fehacientemente. Incluso si recibes la vacuna puedes contraer el virus, pero ahí muchos interrogantes como por ejemplo cuanto tiempo funciona la vacuna, si evitan la propagación de la infección a otras personas o el porcentaje de eficacia frente a otras variantes, o si tienen efectos secundarios.

Estos y otros interrogantes se irán resolviendo a medida que se vaya investigando. De momento, sólo ahí algunos estudios realizados y se debe prestar atención a la información incorrecta de fuentes poco fiables que confunden a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Esta pandemia ha desencadenado una carrera sin precedentes de propuestas tecnológicas en salud, desde detección y seguimiento de casos, hasta asignación y uso de recursos.

- Vacunas.
- Proteínas recombinantes.
- Recreación de moléculas de fármacos ya probados para otros virus o en ensayos clínicos.

-Desarrollo de herramientas de diagnósticos e investigación utilizando anticuerpos.

Se vio que una respuesta mundial integral permitió contener las repercusiones de la pandemia. La UE es el mayor exportador de vacunas contra la COVID-19 al resto del mundo.

La situación actual ha obligado a una reorganización de la atención ambulatoria, favoreciendo la actividad no presencial y evitando la exposición al contagio, sobre todo a la población más vulnerable. Es recomendable considerar de manera prioritaria la seguridad de los pacientes y la optimización de los recursos sanitarios.

Más allá de señalar la cadena de errores que llevó a la comunidad internacional a esta crisis sanitaria, se necesita una revisión del sistema de alarma para evitar algo similar en el futuro.

6 Bibliografía

-Bases de datos de Scielo, Pubmed, Medline y Cochrane.

-<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19>

-<https://ko.moleculardevices.com/applications/coronavirus-research>

-<https://www.snu.ac.kr/coronavirus-research>

Capítulo 211

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es una rama de la farmacia que se centra en la gestión y suministro de medicamentos en entornos hospitalarios. Su objetivo principal es garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos para el tratamiento de pacientes hospitalizados. Los farmacéuticos hospitalarios desempeñan un papel crucial en este proceso.

Estos profesionales colaboran estrechamente con el personal médico para seleccionar la terapia farmacológica más apropiada para cada paciente, teniendo en cuenta factores como la dosis, la vía de administración y posibles interacciones medicamentosas. Además, se encargan de la preparación y dispensación de los medicamentos, asegurándose de que se administren de manera adecuada.

La farmacia hospitalaria también se involucra en la gestión de inventarios, el control de calidad de los medicamentos y la educación de pacientes y personal médico sobre el uso correcto de los fármacos. Además, desempeña un papel fundamental en la investigación clínica, participando en ensayos clínicos y evaluando nuevos medicamentos.

La farmacia hospitalaria es esencial para la atención de calidad en hospitales, garantizando que los pacientes reciban los tratamientos farmacológicos adecuados y minimizando riesgos asociados con la medicación. Los farmacéuticos hospitalarios desempeñan un papel multidisciplinario, contribuyendo significativamente a la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes dentro del entorno hospitalario.

2 Objetivos

- Mostrar el funcionamiento de las tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Posteriormente, se ha revisado la presente publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en la farmacia hospitalaria al trabajar en estrecha colaboración con el equipo farmacéutico y de enfermería para garantizar la atención y el suministro adecuado de medicamentos a los pacientes hospitalizados.

Sus funciones en este entorno son variadas y esenciales para el cuidado integral del paciente:

- Recepción y distribución de medicamentos:

Los TCAEs son responsables de recibir y almacenar los medicamentos que llegan al hospital. Luego, distribuyen estos medicamentos a las diferentes unidades y departamentos siguiendo las pautas establecidas por el farmacéutico.

- Preparación de medicamentos:

Bajo la supervisión del farmacéutico, los TCAEs pueden preparar algunos medicamentos, como la reconstitución de antibióticos o la preparación de dosis unitarias, asegurándose de seguir las normativas de seguridad y exactitud.

- Control de inventario:

Mantienen registros precisos de los medicamentos en existencia, asegurándose de que no haya desabastecimientos ni excesos. Informan al farmacéutico sobre cualquier problema relacionado con el inventario.

- Entrega de medicamentos a pacientes:

Los TCAEs pueden llevar medicamentos a las habitaciones de los pacientes y explicar cómo tomarlos según las indicaciones médicas. Esto asegura que los pacientes reciban la medicación adecuada y en el momento correcto.

- Recopilación de información:

Ayudan en la recopilación de datos relevantes sobre el paciente, como alergias a medicamentos, historiales médicos y medicamentos actuales. Esta información es vital para la toma de decisiones del farmacéutico.

- Control de fechas de caducidad:

Verifican constantemente las fechas de caducidad de los medicamentos en almacenamiento y retiran aquellos que han vencido para garantizar que solo se utilicen medicamentos seguros.

- Mantenimiento de la limpieza y organización:

Mantienen la farmacia hospitalaria limpia y ordenada, lo que es esencial para garantizar la seguridad y la eficiencia en la distribución de medicamentos.

- Colaboración en la prevención de errores:

Los TCAEs son una parte clave en la prevención de errores de medicación al verificar las órdenes médicas y alertar al farmacéutico o al personal de enfermería sobre posibles discrepancias.

- Educación al paciente:

Brindan información básica a los pacientes sobre los medicamentos que están tomando, sus posibles efectos secundarios y la importancia de seguir las indicaciones médicas.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel esencial en la farmacia hospitalaria al colaborar estrechamente con el equipo de atención médica para garantizar que los pacientes reciban los medicamentos adecuados de

manera segura y oportuna. Su trabajo contribuye en gran medida a la atención integral y la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia de la recomendación principal para un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de farmacia hospitalaria, la cual es priorizar la seguridad del paciente en todo momento. Esto implica verificar con precisión los medicamentos, fechas de caducidad y posibles interacciones medicamentosas, así como seguir protocolos y procedimientos rigurosos. La seguridad del paciente es una responsabilidad compartida y un TCAE desempeña un papel esencial al garantizar que cada medicamento esté correcto y que los pacientes reciban la terapia adecuada, siendo clave la comunicación efectiva con el equipo farmacéutico y de enfermería. Cualquier inquietud o pregunta debe abordarse de inmediato, y las discrepancias deben informarse sin demora.

Se considera fundamental la empatía y el respeto hacia los pacientes para brindar un servicio de farmacia hospitalaria de alta calidad.

En última instancia, la seguridad y el bienestar del paciente deben ser la principal preocupación de un TCAE en este entorno.

6 Bibliografía

1. Ramos, J. R., Hernanz, B. C., Castellano, Y., Sánchez, M. B., Alcón, E. V., Perrín, R. S., ... & Marco, J. P. (2023). Atención farmacéutica en los servicios de urgencias: documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 35(3), 205-217.

Capítulo 212

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PREPARACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

1 Introducción

Las fórmulas magistrales son preparaciones farmacéuticas personalizadas que se elaboran en la farmacia hospitalaria para satisfacer necesidades específicas de pacientes que no pueden ser tratados con medicamentos comerciales estándar. Estas formulaciones se desarrollan bajo la supervisión de farmacéuticos hospitalarios altamente capacitados y están diseñadas para abordar requisitos individuales de dosificación, ingredientes, alergias o preferencias de administración. Existen diversas situaciones en las que se recurre a las fórmulas magistrales en farmacia hospitalaria:

Alergias o intolerancias: Cuando un paciente es alérgico o intolerante a un componente de un medicamento comercial, el farmacéutico puede formular una versión personalizada sin ese ingrediente problemático.

Pediatría: Los niños a menudo requieren dosis específicas basadas en su peso y edad. Las fórmulas magistrales permiten adaptar las dosis para garantizar la seguridad y la eficacia.

Geriatria: Los pacientes mayores pueden necesitar dosis más bajas o formulaciones líquidas para facilitar la administración. Las fórmulas magistrales se ajustan a estas necesidades.

Falta de disponibilidad: En ocasiones, ciertos medicamentos comerciales pueden estar agotados o no disponibles en el mercado. En tales casos, se pueden preparar fórmulas magistrales como alternativas.

Necesidades específicas: Algunas enfermedades raras o condiciones médicas poco comunes pueden requerir tratamientos personalizados que no se encuentran en los productos comerciales.

Las fórmulas magistrales son un componente esencial de la farmacia hospitalaria, ya que permiten a los farmacéuticos adaptar los tratamientos farmacológicos para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes, garantizando así una atención médica personalizada y efectiva. Estas formulaciones son elaboradas con meticulosidad y cumplen con estrictos estándares de calidad y seguridad.

2 Objetivos

Un grupo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) nos hemos planteado como objetivo el mostrar el funcionamiento de nuestras tareas en la preparación de fórmulas magistrales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la preparación de fórmulas magistrales hospitalarias, trabajando en estrecha colaboración con el equipo farmacéutico. Aunque las responsabilidades varían según las regulaciones locales y la estructura del hospital, aquí se destacan las funciones clave del TCAE en este proceso:

Recepción y verificación de órdenes: El TCAE recibe las órdenes de formulación magistral del personal médico o de enfermería. Es fundamental verificar la exactitud de estas órdenes, asegurando que los detalles sean precisos y completos.

Preparación de ingredientes: Bajo la supervisión del farmacéutico, el TCAE puede estar involucrado en la preparación de los ingredientes necesarios para la fórmula. Esto puede incluir la medición precisa de sustancias activas y excipientes.

Manipulación segura de medicamentos: Es esencial que el TCAE siga estrictamente los procedimientos de seguridad en la manipulación de sustancias químicas y medicamentos para garantizar la seguridad del personal y la calidad de la fórmula.

Mezcla y compounding: Dependiendo de la complejidad de la fórmula, el TCAE puede estar involucrado en la mezcla y compounding de los ingredientes según las especificaciones del farmacéutico. Esto requiere atención meticulosa a las proporciones y procedimientos.

Control de calidad: El TCAE colabora en el control de calidad de la fórmula, verificando que cumpla con los estándares establecidos antes de su distribución.

Etiquetado y documentación: Debe etiquetar adecuadamente las fórmulas magistrales y mantener registros detallados de los procedimientos de preparación, ingredientes utilizados y fechas de elaboración.

Distribución segura: El TCAE puede estar involucrado en la distribución de las fórmulas magistrales a las unidades de pacientes, asegurándose de que lleguen a las manos adecuadas y se administren de manera segura.

Educación al paciente: En algunos casos, el TCAE puede proporcionar información básica al paciente sobre la fórmula magistral, cómo tomarla y posibles efectos secundarios.

Cumplimiento normativo: Es crucial que el TCAE conozca y cumpla con las regulaciones y políticas relacionadas con la preparación de fórmulas magistrales, garantizando que se sigan las normativas de seguridad y calidad.

La recomendación principal para el buen funcionamiento del servicio de preparación de fórmulas magistrales es la precisión y la atención meticulosa a los

detalles. Cada paso, desde la recepción de la orden hasta la entrega al paciente, debe realizarse con la máxima precisión. Esto implica:

Verificar órdenes cuidadosamente: Asegurarse de que las órdenes sean completas y precisas antes de comenzar la preparación.

Medición exacta de ingredientes: Utilizar instrumentos de medición precisos y seguir las cantidades especificadas al pie de la letra.

Control de calidad riguroso: Implementar procedimientos de control de calidad sólidos para verificar la exactitud de la fórmula antes de su administración.

Registro detallado: Mantener registros minuciosos de cada etapa de la preparación, incluyendo la verificación de ingredientes y las fechas de elaboración.

Seguridad en la manipulación: Cumplir estrictamente con las normas de seguridad en la manipulación de sustancias químicas y medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel esencial en la preparación de fórmulas magistrales hospitalarias, colaborando estrechamente con el farmacéutico para garantizar que estas formulaciones personalizadas se preparen de manera segura y eficiente, contribuyendo así a la atención de calidad de los pacientes en el entorno hospitalario.

La precisión es fundamental para garantizar la seguridad y eficacia de las fórmulas magistrales, así como para mantener la confianza de los pacientes y el equipo médico en el servicio de farmacia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Ramos, J. R., Hernanz, B. C., Castellano, Y., Sánchez, M. B., Alcón, E. V., Perrín, R. S., ... & Marco, J. P. (2023). Atención farmacéutica en los servicios de urgencias: documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 35(3), 205-217.

Capítulo 213

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CITOTÓXICOS

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

1 Introducción

El área de citotóxicos en la farmacia hospitalaria es un espacio especializado dedicado a la preparación, manejo y control de medicamentos citotóxicos o antineoplásicos. Estos fármacos son esenciales para el tratamiento del cáncer y otras enfermedades proliferativas, pero también pueden ser peligrosos debido a su capacidad para dañar tanto células cancerosas como células sanas si no se manejan adecuadamente.

En este entorno, los farmacéuticos y el personal de farmacia trabajan en estrecha colaboración para garantizar que la preparación y administración de citotóxicos sean seguras y efectivas.

Las funciones principales del área de citotóxicos incluyen:

- Preparación precisa:

La preparación de citotóxicos se realiza siguiendo protocolos estrictos y con medidas de seguridad, utilizando equipos de protección personal y sistemas de flujo laminar para minimizar el riesgo de contaminación.

- Almacenamiento adecuado:

Los citotóxicos se almacenan en condiciones controladas de temperatura y humedad para garantizar su estabilidad y seguridad.

- Control de calidad:

Se llevan a cabo verificaciones exhaustivas para asegurarse de que cada preparación cumpla con los estándares de calidad y precisión.

- Etiquetado y documentación:

Cada preparación se etiqueta con información específica del paciente y la fórmula, y se mantiene un registro detallado para trazabilidad y auditoría.

- Seguridad en la manipulación:

Se siguen rigurosamente las normas de seguridad para minimizar la exposición del personal a estos agentes potencialmente peligrosos.

- Eliminación de desechos segura:

Se gestiona la eliminación segura y adecuada de los desechos citotóxicos de acuerdo con regulaciones ambientales y de seguridad.

El área de citotóxicos en la farmacia hospitalaria es esencial para garantizar que los pacientes reciban terapias antineoplásicas de alta calidad mientras se minimizan los riesgos para su salud y la de los profesionales de la salud. El cumplimiento riguroso de procedimientos y regulaciones es fundamental para su funcionamiento seguro y efectivo.

2 Objetivos

- Mostrar las tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de citotóxicos.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Posteriormente, se ha revisado la presente publicación de forma empírica.

4 Resultados

En el área de farmacia de citotóxicos hospitalaria, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la gestión segura y eficiente de medicamentos citotóxicos, utilizados principalmente en el tratamiento del cáncer. Sus funciones son variadas y esenciales para garantizar que estos medicamentos peligrosos se manejen adecuadamente:

- Preparación de medicamentos:

Los TCAE pueden estar involucrados en la preparación de medicamentos citotóxicos bajo la supervisión del farmacéutico. Esto incluye la medición precisa de ingredientes y la aplicación de procedimientos específicos para minimizar el riesgo de contaminación.

- Control de calidad:

Colaboran en la verificación de la precisión de las preparaciones de citotóxicos, asegurando que cumplan con los estándares de calidad y seguridad establecidos. Esto implica una revisión detallada y doble verificación de etiquetas y contenido.

- Almacenamiento adecuado:

Los TCAE contribuyen a mantener el área de almacenamiento de citotóxicos organizada y cumpliendo con las regulaciones de temperatura y humedad para garantizar la estabilidad de los medicamentos.

- Control de inventario:

Ayudan a mantener un registro preciso de los citotóxicos en existencia, evitando escasez o exceso de suministros y garantizando que estén disponibles cuando se necesiten.

- Etiquetado y documentación:

Etiquetan adecuadamente las preparaciones de citotóxicos con información específica sobre el paciente y la fórmula, y mantienen registros detallados para trazabilidad y auditorías.

- Manejo de desechos:

Participan en la gestión segura y adecuada de los desechos relacionados con los citotóxicos, siguiendo procedimientos específicos y regulaciones ambientales.

- Educación y seguridad:

Se aseguran de que el personal de farmacia esté capacitado en las prácticas de seguridad y manipulación de citotóxicos, y promueven una cultura de seguridad en el área.

- Comunicación efectiva:

Mantienen una comunicación clara y precisa con el equipo farmacéutico y de enfermería, reportando cualquier discrepancia o problema de manera inmediata.

5 Discusión-Conclusión

El área de citotóxicos en la farmacia hospitalaria es un espacio especializado dedicado a la preparación, manejo y control de medicamentos citotóxicos o antineoplásicos. Estos fármacos son esenciales para el tratamiento del cáncer y otras enfermedades proliferativas, pero también pueden ser peligrosos debido a su capacidad para dañar tanto células cancerosas como células sanas si no se manejan adecuadamente.

En este entorno, los farmacéuticos y el personal de farmacia, como el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, trabajan en estrecha colaboración para garantizar que la preparación y administración de citotóxicos sean seguras y efectivas. El área de citotóxicos en la farmacia hospitalaria es esencial para garantizar que los pacientes reciban terapias antineoplásicas de alta calidad mientras se minimizan los riesgos para su salud y la de los profesionales de la salud. El cumplimiento riguroso de procedimientos y regulaciones por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental para su funcionamiento seguro y efectivo.

La función de los TCAE en el área de farmacia de citotóxicos es crucial para garantizar la seguridad del paciente, ya que cualquier error en la preparación o manejo de estos medicamentos puede tener graves consecuencias. Su papel multidisciplinario y su enfoque en la precisión y seguridad contribuyen significativamente a la calidad de la atención oncológica dentro del entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Ramos, J. R., Hernanz, B. C., Castellano, Y., Sánchez, M. B., Alcón, E. V., Perrín, R. S., ... & Marco, J. P. (2023). Atención farmacéutica en los servicios de urgencias: documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 35(3), 205-217.

Capítulo 214

LOS ACCIDENTES LABORALES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS: MEDIDAS PREVENTIVAS QUE DEBE TOMAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA EVITARLOS

SONIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Se definen los accidentes de trabajo como aquellas lesiones corporales que sufre el trabajador durante su jornada laboral. Para que se considere que es un accidente de trabajo deben darse una serie de requisitos tales como:

- El trabajador debe haber sufrido una lesión corporal con el accidente ocurrido en el lugar que desarrolla su puesto de trabajo.
- Debe existir relación directa entre el trabajo y la lesión causada, es decir, aquellas lesiones ocasionadas durante la prestación de los servicios habituales en el puesto de trabajo. Habiendo solo una excepción y es el conocido accidente in itinere, este accidente se sucede en el trayecto de ida o vuelta al trabajo por la ruta habitual por lo que se calificará también como una contingencia profesional.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) durante su jornada laboral está expuesto a numerosos percances que llevando a cabo una serie de me-

didas se pueden evitar perfectamente. Es muy importante que cuando un profesional sanitario, sufra un accidente de trabajo informe inmediatamente a un superior del servicio y a continuación se dirija a la mutua a que le presten la atención necesaria, en caso de ser muy grave lo pueden atender en el propio centro sanitario donde desarrolle su actividad habitual.

2 Objetivos

El principal objetivo será conocer los riesgos que existen en el ámbito laboral para así poder poner las medidas necesarias para evitar que se produzcan.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: accidentes, trabajo, auxiliar. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

En general, todo el personal sanitario, como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, cada día están expuestos en su jornada laboral a sufrir un accidente laboral. Los accidentes laborales más comunes que se pueden sufrir en el ámbito sanitario son los siguientes:

- Riesgo de caída de personas al mismo nivel: este tipo de riesgo se presentan debido al mal estado de los pavimentos (suelos resbaladizos, baldosas sueltas, moquetas irregulares) o por falta de limpieza u orden. Las lesiones que se pueden producir por estas caídas son: contusiones, esguinces, rozaduras o algunas mas graves como fracturas. Para prevenir estas situaciones deberemos de:
 - + Utilizar un calzado que quede bien sujeto al pie, antideslizante y homologado.
 - + Mantener un buen orden y limpieza dejando los suelos desprovistos de cualquier objeto o bulto que pueda entorpecer el paso.
- Riesgo de cortes y pinchazos por instrumental u objetos: este riesgo se produce al manipular instrumental clínico u otros elementos punzantes o cortantes

como jeringas o material quirúrgico. También puede producirse durante la manipulación de lencería de cama, pudiendo quedar una aguja extraviada entre la ropa y al deshacer la cama producirse un pinchazo. Los daños que puede sufrir el profesional sanitario son lesiones leves como heridas o cortes o más graves como amputación de algún miembro o incluso el contagio de una enfermedad como VIH, hepatitis etc... Para prevenir este tipo de accidentes se deberá saber manipular los instrumentos quirúrgicos siguiendo el protocolo establecido para tal fin.

- Riesgo de agresión por parte de un paciente o sus familiares: este tipo de riesgo se produce en servicios más conflictivos como pueden ser: servicio de urgencias, psiquiatría, desplazamientos con atención extrahospitalaria (ambulancias) etc.. Estos accidentes se traducen en lesiones propias de la agresión como golpes, cortes o heridas de fuego incluso. Para prevenir este tipo de accidentes se necesitará un sistema de protección o vigilancia para situaciones de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es importante tener en cuenta que cualquier actividad profesional sanitaria desarrollada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cualquiera de los servicios del centro sanitario donde lleve a cabo su jornada laboral tiene la posibilidad de que se produzca algún riesgo que hay que controlar y mitigar, y este sector no es una excepción, donde existen una serie de riesgos generales y otros más específicos derivados de las particularidades de la actividad que se esté desarrollando. Por ello, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá conocer las medidas preventivas de cada uno de ellos para evitarlos.

6 Bibliografía

1. <https://www.wolterskluwer.com/es-es/expert-insights/accidente-de-trabajo-definicion-y-sentencias>.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Accidente_laboral.
3. <https://www.preving.com/tipos-de-accidentes-de-trabajo/>.

Capítulo 215

ATENCIÓN DE CALIDAD AL ANCIANO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

1 Introducción

El término "calidad de vida" comenzó a utilizarse en los países occidentales a finales de los años cincuenta del siglo XX y adquirió una connotación semántica precisa a partir de los años setenta. Hoy es expresión tópica y ocupa un lugar destacado en las políticas sociales en todos los gobiernos.

La calidad de vida es un "concepto subjetivo", que está relacionado con la percepción que el individuo tiene acerca de su propia vida, en el sentido de si se siente realizado con su propio ser. Para algunos autores, aún hoy en día, el concepto de calidad de vida resulta controvertido, está sujeto a múltiples interpretaciones, y presenta un significado vago, a veces difícil de definir. Estudios llevados a cabo

en los últimos años del siglo XX, han establecido 25 indicadores, situaciones que los ancianos reconocen como” algo importante en su vida cotidiana”.

De estos indicadores de calidad de vida, a los que más importancia dan las personas de edad avanzada son la percepción de sí mismos en salud, funcionalidad y factores económicos. Desde la Sociología, la calidad de vida o satisfacción vital del anciano es el resultado de la adaptación y de la evolución de la personalidad a la sociedad en la que vive. Desde la Medicina Psiquiátrica, la calidad de vida es un concepto personal e interno, basado en la integración de varios factores relacionados con la idea del Yo, y con la interacción del anciano con su mundo externo y con sus proyectos existenciales.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con los cuidados del técnico en cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) al paciente anciano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los resultados que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería quiere lograr con su trabajo es la mejoría de la calidad de vida de los ancianos. Para ayudar a conseguir estos resultados la actuación del TCAE irá encaminada a obtener información con la intención de conocer los intereses, necesidades y opciones del anciano. Esto se hace a través de la participación en sus actividades diarias y de la observación de las mismas.

El TCAE obtiene sus resultados a partir de mantener conversaciones informales y amistosas con el anciano y las personas que lo atienden, observa la vida del anciano en su hábitat y cómo realiza las actividades cotidianas, a fin de detectar sus necesidades, identifica la manera de mejorar su calidad de vida y para conseguirlo.

El TCAE enseña al anciano a realizar actividades tales como dedicar una parte del día a realizar tareas que le den placer, participar con los demás para crecer como personas, compartir con la familia, conversar más, tomar clases de alguna disciplina artística (música, teatro, pintura), tener alguna afición (jardinería, decoración, cocina), atender a una mascota, cultivar el hábito de la lectura, realizar actividades de índole social como ayudar a los pobres o enfermos.

También actúa sobre pautas de conducta, como la alimentación, hábitos higiénicos, actividad física. Actuaciones ante situaciones especiales, como cuando se observe un hecho peligroso para la salud o la seguridad del anciano, se informará inmediatamente al cuidador, tutor o servicios sociales.

Cuando el anciano no se pueda expresar se le dedicará más tiempo a la observación de sus actividades y reacciones. El correcto conocimiento de las necesidades humanas es fundamental para ayudar al paciente anciano a satisfacerlas. Determinar cuál es la ayuda que necesita el anciano y saber brindarla es la base de la práctica profesional del TCAE y así conseguir como resultado final mejorar la calidad de vida del anciano.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, al hablar de calidad de vida se concluye que es el sentido subjetivo de bienestar de cada persona derivado de su experiencia diaria de su vida.

Por lo tanto, el individuo es el mejor juez de su propia calidad de vida en base a sus actividades y sentimientos. Al definir calidad de vida en el anciano, en el sentido amplio de la palabra, es difícil, involucra muchas variables subjetivas difíciles de medir variables objetivas de medición más fácil, en base a las numerosas escalas. Por lo que podemos concluir que la calidad de vida se valora en función de una serie de actividades, podría entenderse como la satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir, con un funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permita lograr todos nuestros deseos y mantener un entorno familiar y social.

Como conclusión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar capacitado y formado para poder apoyar en la valoración y ejecución para mejorar la calidad de vida de los ancianos.

6 Bibliografía

1. Bobes, J, González, MP, Bousoño, M, Suárez, E,: "Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida ". Monografías de psiquiatría. Año 1993.
2. Bowling, A,: Medir la salud: Un repaso a las escalas para medir la calidad de vida. Buckingham. Open University Press, 1998.
3. González, MP, Díaz, J, Rodríguez, LF, Bobes, J, : "Modelos de calidad de vida ", Monografías de psiquiatría, año 1993. 4. Bousoño, M, González, MP, Pedregal, J, Bobes, J,: "Calidad de vida relacionada con la salud". Monografías de psiquiatría. año 1993.
4. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 216

LA SONDA NASOGÁSTRICA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

1 Introducción

La sonda Nasogástrica es un tubo de plástico fino que se introduce a través de la nariz pasando por el esófago llegando siempre al estómago. Su uso es bien para administrar medicamentos, líquidos o alimentos líquidos o bien para la extracción de sustancias del estómago. No existe ningún tipo de polémica en la utilización de la sonda en los casos que el paciente necesita en un momento dado su uso: Niños prematuros, Casos graves de desnutrición, Drenar contenido del estómago. Trastornos metabólicos y gastrointestinales, Disfagia, Ciertas enfermedades mentales que en un tiempo limitado la precisan, y otras enfermedades que impiden o dificultan la alimentación oral recordando que la Sonda Nasogástrica sirve para alimentar a los pacientes que presentan dificultades para

masticar o tragar los alimentos, pero no para digerirlos. Siempre con una duración relativamente limitada y siempre por indicación de un profesional.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe tener siempre presente que los cuidados que requieren este dispositivo de nutrición enteral no solo deben ser de la propia sonda si no de los siguientes puntos.

Cuidados de la Nariz: Limpieza de las fosas nasales, movimientos de la sonda haciendo girar sobre sí misma, cambios a diario el esparadrapo, hidratar la nariz con crema o la utilización de antisépticos tópicos si hubiera irritación Nasogástrica.

Cuidados de la boca: cepillar los dientes y la boca a diario, aplicar vaselina, ya que son zonas que se agrietan y se secan, si es posible enjuagues o chupar caramelos, por ejemplo. Comprobar la colocación de la sonda a través de las marcas de la misma y pasar 20 o 30mm de agua para evitar obstrucciones.

Colocación del paciente: La colocación debe ser unos 30 o 45 grados durante la administración y 1 hora después de la ingesta tanto de medicación como de alimentación. Administración de la nutrición: Se debe hacer lentamente y nunca superior a 20 mm por minuto.

Administración de medicación: Nunca debe mezclarse con la alimentación los comprimidos deben ser triturados y convertidos en polvo para su administración con 20 ml de agua, no mezclar varios en la misma jeringa y como norma general aparte de la cantidad de la dieta y la cantidad del agua para la limpieza de la sonda se debe administrar de 500 mm a 1000 mm. Cuidados de la sonda: limpieza diaria de su parte externa aclarándola y secándola siempre, respecto a su parte interna después de cada nutrición o medicación introducida, pasar de 20 mm a 30 mm.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones, las utilidades y complicaciones tanto físicas como éticas del uso de la sonda Nasogástrica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La sonda Nasogástrica como procedimiento clínico esta implícitamente relacionado con la alimentación. La alimentación tiene un valor social profundo, entonces la decisión de comenzar con esta alimentación artificial se puede justificar por el intento de prolongar la vida de la persona. Reducir el riesgo de aspiraciones y úlceras, neumonía u otras infecciones.

Promover la calidad de los cuidados y comodidad física de la persona. Pero todas estas justificaciones no están demostradas que eviten o reduzcan nada de lo explicado anteriormente. Aparte de la problemática ética de este procedimiento existen complicaciones del sondaje puramente físicas. Obstrucción de la sonda; se podría prevenir administrando 50ml de agua después de cada toma o medicación. Irritación o ulceración de la nariz; se podría prevenir movilizandop periódicamente la sonda para no presionar ningún punto de la piel.

Neumonía por aspiración; se podría prevenir con una buena colocación del paciente y una observación por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería del estado físico general, parar, y avisar a urgencias. Náuseas o vómitos; directamente el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe detener la ingesta y comprobar la velocidad de la administración, el exceso de contenido gástrico, o la posición de la sonda.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe limpiar a diario la parte externa de la sonda utilizando una gasa, agua caliente y jabón como resultado del estudio sobre los problemas creados por la Sonda Nasogástrica se deduce que la prevención (como por ejemplo se evitan las úlceras cambiando los puntos de presión) es el mejor tratamiento. Aparte de la problemática física, se deben valorar siempre la justificación de la intervención para superar adecuadamente la relación beneficio-riesgo de esta medida y que en la mayoría de los casos no está indicada.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la decisión de colocar o no una Sonda Nasogástrica debería realizarse de forma consensuada ante familiares y/o tutor legal del paciente y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería responsable de los cuidados, hay que valorar todos los aspectos. El debate incluye muchas dudas, inquietudes y miedos para llegar a la toma de decisiones, ya que son las últimas fases de la vida generalmente.

El paciente no se muere porque no quiera comer, no come porque se está

muriendo. Esto se debe tener en cuenta en pacientes oncológicos o con demencia, porque creemos que la indicación de nutrirlos vía Sonda Nasogástrica lo único que hace es prolongar el sufrimiento.

Al final de la vida somos más frágiles y cualquier terapia agresiva tiene más efectos secundarios. Siempre se considera que la alimentación oral es lo más natural y menos inocuo. Coincidimos, pues con que siempre se debe reflexionar para no hacer lo mismo en un paciente que en otro, pues ninguno tiene las mismas patologías. Lo importante es evitar el sufrimiento.

6 Bibliografía

1. <http://revistamedica.com>
<http://elrevier.innovaasistencial.com>.
2. Artículos Willian Osler (Médico y escritor de artículos en revistas medicas del siglo XIV, Padre de la medicina Moderna).
3. Artículos Alonso Babarro (Profesor y Medico jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos en el hospital Universitario de la Paz).
4. Artículos Marcos Gomez Sancho (Medico en la Unidad de Medicina Paliativa).
5. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 217

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS QUEMADURAS

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

1 Introducción

En este capítulo vamos a ver la importancia de los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las quemaduras.

Las lesiones térmicas pueden ser producidas por varios factores, entre ellos encontramos el calor, el frío, productos químicos, la electricidad. De forma general suele afectar a la piel, aunque en casos más graves puede afectar a órganos internos. Pueden ir desde quemaduras leves hasta casos mortales.

Gran parte de las quemaduras son producidas en el hogar o en el lugar de trabajo, aunque hay otras muchas que son producidas debido a sobre exposición solar, agentes químicos, incendios, etc.

Hay varias formas de clasificar las quemaduras dependiendo de como se hayan producido, el agente que las haya causado la profundidad y la extensión de la

misma.

Dependiendo de la profundidad pueden ser de primer grado, de segundo o de tercero, teniendo en cuenta esto el TCAE deberá tener unos cuidados u otros.

Una lesión térmica en el peor de los casos puede provocar secuelas importantes e incluso la muerte, su curación es compleja y produce un dolor muy intenso.

En las quemaduras graves pueden intervenir cirujanos plásticos y otros especialistas junto con los TCAE para reconstruir la zona dañada.

Existen informes publicados que en España se producen más de 6.000 visitas a urgencias, más de 1300 ingresos hospitalarios y entre 123 y 212 fallecimientos por quemaduras producidas por fuego y explosiones.

2 Objetivos

Describir e indicar los cuidados proporcionados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante los distintos tipos de quemaduras.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una lesión térmica puede tener mayor o menos gravedad dependiendo de varios factores, entre ellos la extensión, la zona afectada, la profundidad de la misma, el agente que la haya causado.

Los cuidados del TCAE son de vital importancia para evitar que la lesión se infecte y tenga una buena y temprana recuperación.

A continuación, vamos a ver cuáles son las posibles maneras de que se produzca una lesión térmica.

Según el factor por el que es causada:

Según el factor pueden ser

- Quemaduras eléctricas -> puede ser por electricidad atmosférica (provocada por la naturaleza, por ejemplo, un rayo) o industrial. Normalmente suelen afectar a

piel y tejidos subyacentes, y más tarde provocar una necrosis de mayor intensidad y profundidad de lo que muestra la lesión inicialmente. Si es producida por corriente alterna, puede producir fibrilación ventricular y paro respiratorio.

- Quemaduras térmicas → hay dos maneras por las que se pueden producir, pueden ser por frío y congelación o provocadas por una fuente de calor que eleva la temperatura de la piel y estructuras profundas hasta producir muerte celular y coagulación de las proteínas, o calcinación.
- Quemaduras químicas → son las causadas por exposición a productos químicos (ácidos, bases, gases). Producen necrosis de los tejidos, y su acción puede seguir profundizando durante un tiempo.
- Quemaduras radiactivas → se producen por exposición a radiactividad producida por energía radiante (sol, radiaciones ultravioletas) estas suelen ser bastante comunes y por norma general no son graves, radiaciones ionizantes (rayos X, energía atómica) o radiación por isótopos radiactivos.

Según su profundidad

- Quemaduras de 1º grado (epidérmicas) → solo se ve afectada la epidermis.. Causan eritema (enrojecimiento), edema (inflamación) y son muy dolorosas. No dejan secuelas y se curan espontáneamente en 4 o 5 días.
- Quemaduras de 2º grado (dérmicas) → hay dos tipos superficiales o profundas. Las superficiales presentan flictenas o ampollas, no hay pus, son exudativas, la zona aparece hiperémica y son dolorosas. Se curan en 8 ó 10 días por reepitelización. Las profundas no presentan ampollas (se han destruido), son exudativas, rojizas, dolorosas, y sufren pérdida del folículo pilosebáceo. La curación se realiza en 10-15 días.
- Quemaduras de tercer grado (hipodérmicas). Las quemaduras de tercer grado llegan a destruir los tejidos de la dermis y la epidermis y suelen dañar el tejido hipodérmico. La apariencia de este tipo de quemaduras es blanca o incluso carbonizada. Toda zona afectada pierde sensibilidad.
- Quemaduras de cuarto grado. Estas quemaduras dañan los tejidos más profundos, estando entre ellos los músculos, huesos, tendones,... en la zona afectada no hay nada de sensibilidad ya que se han destruido las terminaciones nerviosas.

Según su extensión

Disponemos de unos cuantos métodos para saber cuál es la extensión (Esquema de Lund y Browder, Regla de la palma de la mano), el que más utilizado es la Regla de los nueve de Wallace, ideada por Pulaski y Tennison, que divide la superficie del cuerpo en áreas a las que asigna un valor porcentual de 9 o múltiplos de 9, excepto el 1% que corresponde a la zona genital.

Sin embargo, esta estimación dependerá de la edad del paciente.

Para saber la gravedad de la lesión no solo tenemos que tener en cuenta la profundidad y la extensión, hay que tener en cuenta más factores, como las que van asociadas a otras patologías (síndromes inhalatorios que obstaculizan la respiración, insuficiencias renal o cardíaca, inmunodeficiencias), las que afectan a zonas críticas del organismo, a lactantes y ancianos, las que se suman a otros traumatismos, etc.

Después de valorar el estado de las quemaduras del paciente y su estado en general los cuidados del TCAE serían los siguientes:

El TCAE debe Enfriar la zona afectada, se hace con agua a temperatura ambiente durante unos 10-15 minutos. No se debe utilizar agua helada porque puede producir una intensa vasoconstricción local, reduciendo de esta manera el aporte sanguíneo, además puede provocar riesgo de hipotermia con consecuencias graves.

- El siguiente paso que debe realizar el TCAE es desnudar al paciente por completo y retirando toda la ropa y todos materiales que puedan estar adheridos sobre la piel. Si cuando el TCAE vaya a retirar la ropa se desprende epidermis muerta, la retiraremos y taparemos la lesión con gasas impregnadas de suero fisiológico.
- Después retiramos los objetos que puedan comprometer la circulación como, pulseras, relojes, abalorios, etc.
- Debemos evitar en todo caso el uso de pomadas, aceites así como cualquier tipo de remedio casero, ya que esto podría perjudicar negativamente a la herida y su mejora futura.
- Dependiendo de si la quemadura es epidérmica se puede aplicar crema hidratante cada 4-6 horas. la aplicación de corticoides no está recomendada así como tampoco es necesario aplicar antisépticos ni pomadas antibióticas.
- El TCAE debe realizar una limpieza escrupulosa y desinfección de la herida y zonas limítrofes. Hay que utilizar suero fisiológico o agua potable y jabón neutro cuando haya suciedad visible y sólo si es necesario, utilizaremos antisépticos de amplio espectro. Una vez que hayamos limpiado la herida, se procederá a valorarla.
- El TCAE ayudará al enfermero a desbridar todas las flictenas (ampollas), ya que, si no las desbridamos la flictena mantendría la presión y podrías seguir profundizando la lesión, aumentando su grado. El líquido de la flictena contiene sustancias citotóxicas que también podrían profundizar la lesión. Por otro lado, se debe retirar el máximo de restos de epidermis desvitalizada.
- Cuando el TCAE limpie la zona afectada evitará realizar una fricción intensa sobre la zona quemada. En las heridas muy sucias que exista arena u otras partículas incrustadas, en lugar de rascar fuertemente para eliminarlas, es preferible colo-

car un apósito con buen espesor de pomada o que propicie un ambiente húmedo y cambiarlo cada 6-12 horas.

- Si el ambiente es húmedo la cura tendrá mejores resultados, ya que se genera un microambiente propicio de reparación tisular fibroblástica y regeneración epidérmica. Al cubrir la quemadura con apósito, este debe sobrepasar en unos 5 a 10 cm del margen de la herida. La sujeción debe permitir la expansión de la zona quemada en caso de edematización. Preferentemente, utilizaremos una malla tubular elástica.
- Una de las contraindicaciones son los vendajes compresivos, ya que lo único que se consigue con su aplicación es dificultar la microcirculación sanguínea en dicha zona e impedimos que el edema pueda expandirse.
- Es recomendable enseñar al paciente actitudes, posturas antiálgicas como mantener la zona afectada en reposo en posición elevada. También se debe evitar, en la medida de los posibles, el apoyo sobre la zona quemada.
- Una vez epitelizada la quemadura, se deberá utilizar protección solar y cremas hidratantes que aporten agua a la herida.
- Hay que examinar los signos de quemadura en la vía aérea, ya que puede ser precisa la intubación orotraqueal.
- Debemos monitorizar los signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, electrocardiograma.
- Valorar posibles signos neurológicos, como confusión, agitación, convulsiones, cambios de conducta en el paciente...
- Retirar cuidadosamente la ropa y accesorios del paciente, colocándolo sobre sábanas limpias y manteniendo la mayor asepsia posible.
- Analizar el porcentaje de superficie corporal afectada, aplicando la Regla de los nueve, para determinar si es un paciente leve o crítico.
- Mantener el confort del paciente, a una temperatura ambiente de 36-38°C, abrigado y seco.

El TCAE deberá colaborar con el equipo interdisciplinar en los actos que se efectúen. Colaborará de un modo directo en el cuidado de la piel, alimentación e higiene, y prestará ayuda al resto del equipo en la atención y cuidados del paciente, observando y comunicando al personal enfermero cualquier signo o síntoma que pueda tener relevancia.

5 Discusión-Conclusión

Una lesión térmica es uno de los traumatismos más severos que puede sufrir el organismo. Si es grave requiere la atención de un equipo interdisciplinar, además

de considerables medios y cuidados y parte del TCAE. Produce mucho dolor, puede dejar secuelas importantes e incluso comprometer la vida del paciente. Muchos estudios realizados afirman que es un tipo de lesión que puede ser evitable en gran parte de los casos, y apuntan a la implantación de programas para la prevención de los accidentes que las causan. El Equipo de Enfermería, y el TCAE como parte del mismo, realizan una importante aportación en los cuidados del paciente quemado, proporcionándole atención terapéutica, minimizando su sufrimiento y procurándole bienestar.

6 Bibliografía

1. <https://www.stanfordchildrens.org/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/>.
3. <https://revistamedica.com/>.

Capítulo 218

COMPETENCIAS EN TERAPIA FÍSICA Y TIPOLOGÍAS DE MOVIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MIRIAM ORTIZ ORTIZ

MARÍA ISABEL RUEDAS MOTA

1 Introducción

En las terapias físicas de regeneración o restablecimiento muscular nos podemos encontrar con muy diversas técnicas y aplicaciones en el campo de la fisioterapia y desde nuestras competencias como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), nuestro trabajo será el de facilitar el material y proporcionar la ayuda necesaria al fisioterapeuta, así como hacer que el paciente tenga el máximo confort posible.

La fisioterapia es un campo de la salud que tiene como finalidad principal el estudio del movimiento humano corporal, dentro de este campo se utilizarán gran variedad de técnicas y aplicaciones destinadas a la disminución del dolor, el edema, aumentar la amplitud articular, fortalecimiento de la musculatura, y activar el movimiento, la coordinación, el equilibrio, entre otras muchas intervenciones.

”La cinesiterapia es una movilización del cuerpo que es usada en rehabilitación y terapia física, la cuál puede ser aplicada de diferentes y diversas formas, como pueden ser pasiva y activa”.

Como describiremos posteriormente, su premisa, va a ser la recuperación del sistema muscular y sistema osteoarticular, para mejorar en la medida de lo posible

la calidad y funcionalidad del paciente afectado y que incluso el paciente dependiendo de su estado podrá participar en estos movimientos los cuales pertenecen a los llamados movimientos activos y si el afectado no participara debido a que se lo impida su patología los movimientos serán pasivos realizados por el fisioterapeuta.

2 Objetivos

- Conocer el tipo de movimientos aplicados y sus contraindicaciones a la hora de la aplicación de estas terapias físicas por el TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre los tipos diferentes de aplicación nos encontramos que estas intervenciones están clasificadas dependiendo de los movimientos que se va a emplear, diferenciándolo de si es una o dos personas quien lo aplica, o en su defecto que el paciente colabore.

Nos encontramos con el movimiento de aplicación pasivo, este se da cuando el paciente no colabora, debido a su impedimento por la patología que curse o por dolor, lo realizara todo el fisioterapeuta.

Y en el movimiento de aplicación activo en el cual veremos que bifurca y que nos encontramos con tres tipos de movimientos:

1. Activo libre: nos lo define como que el paciente va a realizar el solo los movimientos que se le recomienden.
2. Activo asistido: el afectado realiza una parte de la terapia mientras se le ayuda a realizar la parte restante por parte del profesional responsable del tratamiento.
3. Activa resistido: el afectado el solo lo va a realizar sin ningún tipo de ayuda, pero se le complementara con una fuerza externa para ese movimiento sea

más completo, y se tengan que utilizar más fibras musculares para terminar el movimiento que le beneficie.

Al igual que cualquier técnica de la índole o el campo que sea, nos podemos encontrar con contraindicaciones, que se deberán tener muy en cuenta, veremos las que nos afectan en este artículo.

La cinesiterapia son de técnicas y ejercicios que tiene un amplio campo de actuación y que su destino final es el de cumplir con múltiples objetivos fisiológicos, no será contraindicada nunca.

Lo que si se debe valorar es que de acuerdo a la afectación que presente el paciente, el tratamiento será variable y se adaptara a la patología en lo referente a las repeticiones y el tipo de movimiento.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar de lo dicho anteriormente a través de este artículo, podemos llegar a la conclusión de que lo más primordial es la buena elección a la hora del tratamiento que se va aplicar, y que siempre va a depender de la disposición, patología y grado del dolor del paciente, y como hemos visto, todo esto se puede llevar a cabo, con una serie de movimientos y aplicaciones, los cuales se dividen en movimientos pasivos y movimientos activos y que de los activos nos encontramos con tres tipo de ellos, libres, asistidos y resistidos.

De esto va a depender la recuperación de la parte afectada ya sea muscular o articular y la posterior recuperación del paciente y calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <https://www.fisioterapia-online.com/glosario/cinesiterapia-o-kineosioterapia>.
2. Vera Carrasco Oscar. La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2019 [citado 2022 Mayo 06]; 25(2): 78-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200012&lng=es.

Capítulo 219

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TERMINALES

MARGARITA MARTINEZ ARMERO

1 Introducción

Nuestra sociedad actual teme o no quiere admitir el significado de muerte o fallecimiento, exitus o defunción.

Los documentos oficiales e informes de defunción utilizan el término exitus.

La muerte es el cese completo y deterioro completo tanto de las funciones fisiológicas como psicológicas del paciente, es decir, todas las funciones vitales del cuerpo humano.

El ser humano le tiene miedo a la muerte y, este miedo, está basado en su propio instinto de supervivencia. Ese miedo surge por el dolor, la detención de la conciencia y la total pérdida de control de nuestras propias funciones.

La enfermedad terminal se cataloga con los siguientes puntos:

- Estado físico y psíquico que alcanzado el paciente con un grado irreversible.
- No existe cura ni procedimiento que mejore el estado del enfermo.
- Conforme pasa el tiempo los síntomas se agravan.
- Este estado de decrepitud del paciente lleva a la familia y al propio paciente a un estado emocional, depresivo y de agotamiento indescriptible.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con el paciente tiene un papel muy importante en el equipo multidisciplinar, tanto en

los aspectos de su bienestar, como todo en su conjunto: higiene, alimentación, evacuación, descanso y manejo del dolor.

2 Objetivos

- Describir el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes terminales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave empleadas han sido: paciente terminal, cuidados paliativos, enfermedad terminal, TCAE, apoyo, dolor.

4 Resultados

La OMS establece unos objetivos a conseguir en los cuidados del paciente terminal. Pero siempre hay que tener en cuenta la situación del mismo y su aspecto social (donde el trabajador social hace una labor muy apreciada). Los puntos generales serían:

- Control dolor y síntomas.
- Apoyo psicológico, social y espiritual según sus creencias religiosas
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Utilizar la empatía siempre desde la profesionalidad tanto al paciente como a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

No todos los pacientes presentan las mismas características, por lo que se deben aplicar unos cuidados personalizados por parte del TCAE:

1. Higiene:

Al estar encamado, el aseo se realizará preservando la intimidad del paciente, con una calidad agradable para su bienestar.

- Los ojos se limpiarán con una gasa impregnada en 0.9% de suero salino.

- Después, tendremos el orden habitual, sin movimientos bruscos, finalizando con el aseo de la zona genital.

- Piel hidratada con cremas y lociones; boca húmeda y labios hidratados.

2. Alimentación:

Lo primero es preguntar al personal de enfermería o propio facultativo la dieta que tiene el paciente asignada. Para darle al paciente lo que le apetezca, con presentaciones agradables.

3. Eliminación y evacuación:

Son pacientes que suelen tener estreñimiento. Se administrarán enemas.

4. Descanso:

- Dentro de su gravedad, realizar cambios posturales (cada dos o tres horas).

- Masajes para una mayor comodidad.

5. Manejo del dolor:

- Tendrá pautas de analgesia.

- Debemos ofrecerle otras alternativas para su confort, uso de técnicas no farmacológicas (relajación, terapia, música).

6. Necesidades emocionales:

- Estar con el enfermo el tiempo que requiera.

- Mantener empatía, darle sus tiempos, pero no proporcionar falsas esperanzas.

- Si el enfermo o familiares nos preguntan algo fuera de nuestras funciones, asesorarles donde se deben dirigir.

- Todo lo que hagamos al paciente comentarlo y por qué se hace.

7. Creencias espirituales: Deben ser aplicadas con el máximo respeto.

8. Apoyo familiar: Sobre todo al cuidador principal. El TCAE debe actuar con el máximo respeto y escucha.

- Respeto al entorno familiar y circunstancias y, sobre todo, dejar libertad a su intimidad.

- Preguntaremos si quieren ver o participar en los cuidados del paciente dentro de las pautas establecidas.

- Ofrecerle al familiar todo el apoyo que nos corresponde dentro de nuestras funciones.

Desde el campo que le corresponde al TCAE se conseguirá, junto al equipo sanitario, un bienestar relativo en la calidad del enfermo en el trayecto que debe seguir hasta su final hasta la muerte. Esta calidad del paciente siempre es en conjunto con el equipo multidisciplinar y, sobre todo, con la familia, que también suelen ser un gran apoyo para el paciente.

El/la TCAE debe tener una formación muy específica en el cuidado de los pacientes terminales, ya que no es un enfermo como los demás.

El tiempo atendiendo al enfermo terminal es impredecible; suele haber recaídas o mejoras relativas que al paciente le puede llenar de euforia o depresiones.

El/la TCAE debe procurar al enfermo terminal una ayuda, dentro de su formación y sus competencias profesionales, en las necesidades fisiológicas, pero una de sus tareas o funciones principales es también la observación, la escucha activa, la empatía y la comunicación respetuosa. Con esto, el paciente genera confianza en el equipo sanitario y la tranquilidad de su familia en estos momentos tan duros. En cuanto la comunicación debe ser entendida tanto verbal como no verbal. El TCAE presenta una fina sutileza en esta última, dado que puede delatar emociones y sentimientos de forma no consciente y es reveladora para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El equipo multidisciplinar, en el que encontramos facultativo, enfermería, trabajador social sanitario, psicólogo sanitario y TCAE trabajan en conjunto para que el paciente terminal logre conseguir su bienestar en el final de su vida.

Este equipo debe estar en constante reciclaje. Además, se destaca, que por el trabajo desarrollado cercano al paciente, las características del mismo, suelen afectarles a lo largo de su trayectoria profesional, ya que de una forma u otra, tanto el paciente como los familiares suelen descargar emociones y estados de ánimo, siendo su principal apoyo

Es importante mencionar la capacidad del TCAE para reconocer el lenguaje no verbal en estos pacientes interpretando cualquier cambio y notificándolo al personal de enfermería o facultativo para que, posteriormente, tomen las medidas oportunas.

6 Bibliografía

1. OMS. Anexo los derechos del paciente terminal.
2. SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, fundada 8 de Enero 1992).
3. Paciente terminal (Internet).Medline plus.gov (citado el 19 de Julio de 2022).Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ercy/partientnstrutions/000417.htm>.
4. Estatuto del Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social (artículos 74-84).
5. Manual de la Auxiliar de Enfermería (D.Osmet. Ed.Massom).

Capítulo 220

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA

1 Introducción

Una úlcera por presión es un daño o herida de tipo isquémica que se produce en la piel y en su tejido subyacente. Su aparición suele producirse en zonas en las que existe prominencia ósea, cuyo origen se encuentra en una presión prolongada en el tiempo o del rozamiento entre dos planos. Además, también pueden desarrollarse en tejidos blandos.

En cuanto a la prevención de las úlceras por presión, las medidas que empleará el equipo de enfermería estarán recogidas en el plan de cuidados integral del paciente, el cual deberá de ejecutarse en completa coordinación entre el personal sanitario, la familia del paciente y el paciente, en la medida de lo posible, en función de la situación en la que este.

Las principales medidas preventivas contra las úlceras por presión, que conforman cualquier plan de cuidados integral de forma general, son:

- Los cuidados de la piel.
- El control de movilidad y el ejercicio.
- El estado nutricional.
- El control de la incontinencia.
- La protección de las zonas de riesgo.

2 Objetivos

- Informar sobre las diferentes medidas preventivas que existen para hacer frente a la aparición de úlceras por presión tanto en centros hospitalarios como residenciales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado una búsqueda sistemática a través de diferentes bases de datos como PubMed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, se describen las principales medidas preventivas anteriormente mencionadas:

1. Cuidados de la piel.

Dentro de este ámbito, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como profesional sanitario encargado de la higiene del paciente, tiene por objetivo revisar de forma exhaustiva el estado de la piel, las mucosas y vigilar que se produzcan manifestaciones clínicas sobre puntos de apoyo y prominencias.

Una serie de acciones que tienen que llevar a cabo para el mantenimiento de la piel serían:

- El empleo de esponjas desechables.
- Utilización de jabones no irritantes.
- Secado meticuloso del paciente, prestando máxima atención a las zonas interdigitales y pliegues cutáneos. El secado debe de ser sin fricción.
- No se empleará ni colonias ni alcohol, ya que resacan la piel.
- En aquellas situaciones en las que ya exista una úlcera por presión se llevará a cabo una perfecta higiene de la misma.
- En aquellos pacientes en los que exista un riesgo elevado en la aparición de una úlcera por presión, se emplearán ácidos grasos en las zonas de más riesgo para el mantenimiento de la piel.
- Realización de masajes suaves y superficiales hasta que se absorba completamente la crema.

- Se prestará especial atención a aquellas zonas que estén expuestas a posibles excesos de humedad.
- Por último y no menos importante se evitará la fricción siempre que sea posible cuando se lleven a cabo las movilizaciones o traslados.

2. Movilidad.

Este factor es considerado como clave, ya que la ausencia de movilidad aumenta el riesgo considerablemente de que se llegue a desarrollar una úlcera por presión. Las medidas que se llevan a cabo son las siguientes:

- En aquellas situaciones en las que el paciente está encamado, este encamamiento no debe prolongarse más de lo estrictamente necesario, siempre que el estado de salud del paciente lo permita.
- Gracias a los cambios posturales se consigue la disminución de la presión en las zonas de riesgo.
- El empleo de movilizaciones, ya sean activas o pasivas con el objetivo de potenciar la movilidad del paciente.
- Importante el evitar el contacto simultáneo de las prominencias óseas, esto se consigue mediante el uso de cojines o mantas.
- Mantener siempre una correcta alineación corporal.
- Protección de las zonas de riesgo mediante el uso de dispositivos especiales denominados SEMP (superficies especiales de apoyo). Como por ejemplo las taloneras, colchones antiescaras, camas especiales...

3. Nutrición.

El estado nutricional del paciente constituye una parte fundamental para el correcto estado de la piel y de su funcionamiento. Por ello hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

- Valoración de la dieta, se debe facilitar al paciente una dieta adecuada a su edad, necesidades, gustos, creencias...
- Control de la ingesta hídrica, se precisa de un buen aporte de hidratación siempre que no exista ningún tipo de contraindicación médica.
- Suplementación, se utiliza en aquellos casos en los que la dieta no cubre todas las necesidades básicas.

4. Incontinencia.

Para controlar la humedad en las zonas expuestas en aquellas personas que padecen de incontinencia se deben de llevar a cabo las siguientes medidas o actuaciones:

- El uso del pañal, se debe de cambiar cada vez que se orine o defeque, acompañado

siempre que sea posible de un aseo de la zona y posteriormente la hidratación de la misma.

- Colocación de una sonda vesical/urorecolector, es otra alternativa para evitar el exceso de humedad.
- Reeducación de esfínteres, esta medida depende del estado del paciente. El objetivo de esta medida es el fortalecimiento del suelo pélvico.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia de que en todas estas medidas preventivas es esencial la explicación y la comprensión de cada uno de los procedimientos que se lleven a cabo al paciente y a su familia, así como su implicación en el proceso. Siempre se instigará a la participación, en la medida de lo posible, al propio paciente para que pueda moverse o efectuar pequeños cambios posturales. La implicación tanto del paciente como de su familia en la aplicación de las medidas preventivas, permitirán garantizar la continuidad de los cuidados en el domicilio.

En aquellos casos en los que el paciente llegase a desarrollar una úlcera por presión, en ningún caso se dejarían de emplear las medidas preventivas anteriormente citadas.

6 Bibliografía

1. Úlcera por presión. Skin, Hair and Nails [Internet]. 2002 [citado el 28 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>.
2. Úlceras por presión: Prevención [Internet]. Úlceras.net. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>

Capítulo 221

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: PAPEL, ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OLIVA VILAR BOTO

SUSANA GUIJARRO TEIMIL

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) forman un problema de salud pública global, que afecta a multitud de personas sin distinción de edades, géneros, razas o estatus socioeconómicos.

Se estima que anualmente se presentan más de 370 millones de nuevas infecciones por ETS, lo que pone sobre la mesa un desafío de gran magnitud para la salud pública y la atención médica a nivel mundial.

Las enfermedades de transmisión sexual se transmiten de persona a persona a través de las relaciones sexuales, ya sean vaginales, anales u orales. Dichas enfermedades pueden declararse de varias formas, desde síntomas leves hasta graves, y pueden incidir en diferentes áreas del cuerpo, como los genitales, la boca, el ano, la piel y los ojos.

Las ETS más comunes son la clamidia, la gonorrea, la sífilis, el VIH, el herpes genital y el virus del papiloma humano (VPH).

La prevención y el tratamiento adecuado de las enfermedades de transmisión sexual son decisivas para evitar complicaciones graves en la salud, como puede ser infertilidad, cáncer, daño neurológico y muerte.

Las ETS pueden afectar el bienestar emocional y psicológico de los pacientes, impactando en su autoestima, su calidad de vida y sus relaciones interpersonales. Por tanto, es crucial que los profesionales de enfermería estén preparados para ofrecer una atención integral a los pacientes afectados por ETS.

Esto conlleva ofrecer información, educación y prevención sobre las ETS, realizar pruebas de detección, administrar tratamiento acorde y establecer un seguimiento periódico de los pacientes. Además, es esencial que los pacientes afectados por ETS reciban apoyo emocional y psicológico durante todo el proceso de tratamiento y recuperación.

2 Objetivos

- Dar a conocer y resaltar la importancia de la atención y cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Facilitar la información necesaria y relevante sobre la atención de enfermería en este ámbito, para prestar un servicio de calidad a los pacientes.

3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración de este documento, se realizó una investigación bibliográfica sobre el protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades de transmisión sexual, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda.

Así mismo, se consultaron múltiples fuentes relacionadas con las ETS, como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como PubMed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

La atención de enfermería es primordial para evitar y tratar las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los pacientes. Es necesario, para ello, que los profesionales de enfermería estén capacitados para ofrecer una atención integral y personalizada a los pacientes acusados de estas enfermedades.

- Primero:

La educación y la prevención son esenciales para disminuir la incidencia de las ETS y evitar complicaciones graves en la salud. Los profesionales de enfermería

deben facilitar información clara y concisa acerca de distintas formas de transmisión, los síntomas, las pruebas de detección y las opciones de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Por ello, deben fomentar prácticas sexuales seguras, como el uso adecuado y consistente del preservativo, la reducción del número de parejas sexuales o la abstinencia temporal y la vacunación contra el VPH.

- Segundo:

La valoración y seguimiento de los síntomas son fundamentales para diagnosticar y tratar adecuadamente las ETS.

Los profesionales de enfermería, deben llevar a cabo una evaluación cuidadosa y minuciosa de los síntomas y antecedentes médicos de los pacientes, para determinar la presencia o no de ETS.

Deben realizar pruebas de detección y realizar un seguimiento periódico de los pacientes para evaluar la efectividad del tratamiento y detectar posibles complicaciones.

- Tercero:

La administración del tratamiento adecuado, es esencial para eliminar la infección y prevenir su transmisión a otras personas.

Los pacientes deben recibir un tratamiento individualizado y supervisión adecuada para asegurar la efectividad del tratamiento y evitar la aparición de resistencias. También es importante facilitar a los pacientes la información sobre el uso adecuado de los medicamentos y las posibles interacciones con otros fármacos.

- Cuarto:

La procuración de hábitos de vida saludables es fundamental para prevenir las ETS y así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los profesionales de enfermería deben promover hábitos saludables, como el ejercicio regular, una dieta equilibrada y evitar el consumo de tabaco y alcohol. Asimismo, deben ofrecer información sobre el beneficio de una detección temprana y el tratamiento adecuado de las ETS para prevenir complicaciones graves en la salud.

- Quinto:

Es crucial que los pacientes con ETS reciban apoyo individualizado tanto emocional como psicológico durante el transcurso del proceso de tratamiento y recuperación. Los pacientes pueden sentir la estigmatización y marginación debido a su diagnóstico, lo que puede afectar a su autoestima y a su calidad de vida.

Es importante que los profesionales de enfermería adquieran una actitud empática y de sensibilidad hacia estas preocupaciones por parte de los pacientes,

para poder proporcionarles así, un ambiente de apoyo y comprensión en todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo en este trabajo, se constata que los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades de transmisión sexual son vitales para disminuir la incidencia y el impacto de estas enfermedades en la salud pública.

Los profesionales de enfermería deben ofrecer una atención integral y personalizada a los pacientes, fomentando la educación, la prevención y los hábitos de vida saludables, y ofreciendo apoyo emocional y psicológico durante todo el proceso de tratamiento y recuperación.

La atención de enfermería debe focalizarse en el paciente como un ser humano completo, no solo en la enfermedad en sí misma, para garantizar una atención de calidad y una mejor calidad de vida para los pacientes con ETS.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Recuperado el 14 de mayo de 2023, de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nuevoCoronavirus/home.htm>.
2. Asociación Española para la Investigación y Prevención del Sida. (2020). Enfermedades de transmisión sexual. Recuperado el 14 de mayo de 2023, de <https://www.aids.com/enfermedades-de-transmision-sexual/>.

Capítulo 222

CUIDADOS EN EL ENFERMO TERMINAL

LUCIA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En este trabajo se realiza una explicación sobre los diferentes cuidados paliativos, concretamente los auxiliares de enfermería, deben de aplicar sobre los pacientes terminales. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2000)

Los principales objetivos en cuanto a cuidados de este tipo de pacientes son básicamente paliativos

(Sanz-Ortiz, 1989) dirigidos a evitar el sufrimiento y abordando aspectos psicológicos y espirituales, tanto del paciente como de la familia (Saunders, 1988).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone integrar el cuidado paliativo en los servicios de salud: abordando políticas específicas, facilitando los medicamentos necesarios, formación para el personal sanitario de servicios en todos los niveles salud: abordando políticas específicas

En España, el cáncer representa el 25% de todas las muertes en la población, por lo que surge la necesidad de crear una asociación de profesionales dedicados a este tipo de pacientes terminales: La

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Esta asociación se fundó en 1992, tiene unos 300 miembros y abarca diferentes ámbitos, especialidades y profesionales sanitarios (Navarro-Sanz y López-Amazán, 2005).

En España, el cáncer representa el 25% de todas las muertes en la población, por lo que surge la necesidad de crear una asociación de profesionales dedicados a este tipo de pacientes terminales: La Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Esta asociación se fundó en 1992, tiene unos 300 miembros y abarca diferentes ámbitos, especialidades y profesionales sanitarios (Navarro-Sanz y López-Amazan, 2005).

Hace unos años los cuidados paliativos estaban orientados al enfermo de cáncer. Sin embargo, a día de hoy incluyen otras enfermedades como el sida, enfermedades renales o cardíacas, ELA, demencia, etc (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1998)

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados para pacientes terminales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica empleando como principal fuente de referencias bibliográficas en algunos buscadores y bases de datos como Google Académico, Dialnet, Jurn, documentos.

Se han buscado descriptores dentro de las funciones que puede desempeñar una auxiliar de enfermería.

4 Resultados

El plan de cuidados debe estar dirigido a para proporcionar bienestar y calidad de vida.

La mayor parte de los pacientes son muy frágiles, se enfrentan al final de sus vidas, y debemos ser conscientes de ello como profesionales. conscientes de ello como profesionales.

La empatía y el buen desempeño de nuestras labores como sanitarios deben ser primordial y minucioso, respetando en todo momento la intimidad, la dignidad y los deseos del enfermo. Se trata de confortar y aliviar, en la medida de lo posible, poniendo todos los medios y toda nuestra buena voluntad.

El enfermo es cada vez más frágil, débil y vulnerable, debido a que según avanza la enfermedad pierde facultades; reconocer y respetar la dignidad de la persona enferma, conservando , sentimientos, miedos y emociones; relación con la familia debe ser fluida, consensuada, tienen derecho a recibir apoyo y ayuda.

Disponer de cuidados siempre que sea necesario, las 24 horas del día los cuidados paliativos tales como la alimentación, los cuidados de la boca, los cuidados de la piel, úlceras por erosión, estreñimiento, disnea, sueño, dolor y apoyo psicológico.

-Alimentación: En cualquier paciente debe ser prioritario que esté bien alimentado para facilitar su recuperación, en el paciente terminal, este no será el objetivo.

- Cuidados de la piel: El deterioro de la piel se ve favorecido por la deshidratación, la poca movilidad, problemas circulatorios, incontinencia etc. por lo que debemos extremar la higiene. Los lavados deben ser suaves, no deben alargarse, teniendo especial cuidado en los pliegues. Después del baño usaremos cremas, aceites (aceite de almendras,vaselina, etc.) para mantener la piel hidratada, paciente incontinente la higiene se extrema y se realiza en cada cambio de pañal, las veces que sea necesario, ya que la humedad facilita el deterioro de la piel.

Es necesario ayudar al paciente a manejar sus emociones, facilitando que exprese sus sentimientos, dedicando el tiempo necesario y mostrando interés y respeto.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo, hemos conseguido estudiar algunos de los cuidados paliativos en pacientes al final de su vida. En los pacientes terminales son fundamentales para garantizar la mayor calidad de vida posible en los últimos días del paciente. De esta forma, los/as auxiliares de enfermería desempeñan una labor imprescindible en la aplicación de los cuidados paliativos, que junto con el resto de personal sanitario, permiten no agravar la enfermedad y no empeorar el estado anímico del enfermo y de sus familiares. Además, las tareas realizadas por los auxiliares de enfermería con el objetivo de ayudar al enfermo generan una satisfacción personal muy positiva.

6 Bibliografía

Gómez-Batiste, A., Roca, J., y Pladenal, C. (1991). Atención Domiciliaria, Monográficas Clínicas en Atención

Primaria. Barcelona: Ediciones Doyma.

Gómez-Batiste, A.X., Blay-Pueyo, C., Roca-Casas, J., Fontanals De Nadal, M.A.D., y Calsina-Berna, A. (2015).

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2008). Recomendaciones básicas sobre formación en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 15(5), 293-300.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). (1998). *Cuidados Paliativos*

Recomendaciones. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo

Capítulo 223

EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES) EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

SERGIO ALCARAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La preocupación de los padres por la alimentación de sus hijos es un motivo de consulta muy frecuente en las consultas de pediatría. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Trastornos de la conducta alimentaria representan en la actualidad el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas a las que afecta, como por el número de muertes que ocasiona. (2)

Lo que provoca mayor alarma en la población serán sus características clínicas: afectación a niños y jóvenes, con una edad de inicio cada vez más temprana, elevada morbilidad, ascenso de las tasas de incidencia y prevalencia, así como la influencia, cada vez mayor, de los valores del mundo desarrollado, delgadez y belleza, asociados al triunfo.

Actualmente los pacientes pediátricos con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han ido en aumento, sobre todo a raíz del confinamiento y la pandemia del

COVID 19, según datos del 18º Congreso de la asociación española de pediatría de la atención primaria. (3)

El acto de comer, aparte de ser una necesidad primaria, será esencial en cuanto a la relación del ser humano con su familia, y entorno, por lo que le acompañará toda la vida, y será esencial tener los conocimientos necesarios que nos ayuden a evitar el desarrollo de estas enfermedades.

De manera general se observa que los niños y niñas con TCA, tipo anorexia, muestran una preocupación excesiva por su peso, lo que le lleva a disminuir de manera importante lo que comen, lo que les hará bajar de peso y llegar a tener problemas importantes de malnutrición. Suelen realizar ejercicio intenso. Existen dos tipos: restrictivo y purgativo. En el tipo restrictivo se disminuye mucho la ingesta, y en el purgativo, se tienen episodios de ingesta sin control, que luego compensan con el uso de laxantes, diuréticos y vómitos. La Bulimia Nerviosa, consiste en atracones de comida, seguidos de conductas purgativas.

La edad de inicio de la Anorexia nerviosa es a los 14 años, con un pico a los 18 años. En el caso de la Bulimia, suele iniciarse al final de la adolescencia, entorno a los 17-20 años. Se han descritos casos de inicio precoz, antes o durante del desarrollo puberal. (4)

Hay muchos factores desencadenantes como pueden ser los cambios propios de la adolescencia, cambios de dietas, comentarios negativos sobre el físico, o cambios vitales como la separación de familiares, situaciones de acoso, pubertad, etc.

Así mismo las redes sociales influyen, sobre todo en pacientes adolescentes. Se convierten en plataformas que permiten mostrarse a los demás, mostrando la imagen que desean. (5)

Por todo ello es importante que existan más programas de prevención dirigidos a niños, adolescentes, padres y tutores.

El tratamiento temprano llevado a cabo por un equipo multidisciplinar será fundamental para un buen pronóstico.

La rehabilitación nutricional, la psicoterapia, la terapia basada en la familia, los psicofármacos, y en casos más graves la hospitalización serán los pilares del tratamiento, donde un equipo de Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeros, TCAES, celadores, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales les ayudarán a superar su enfermedad.

2 Objetivos

Definir las funciones de los TCAES, como miembros de un equipo multidisciplinar en la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Dar a conocer el papel de los TCAES en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Describir el funcionamiento de la Unidad de Psiquiatría de un Hospital Pediátrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Cuando los pacientes con TCA ingresan en las unidades de Psiquiatría de los diferentes hospitales, su principal temor es la hora de comer. En este sentido, son los TCAES, los encargados de dar las bandejas de comida. No obstante, sus funciones van más allá, se engloban desde las actividades de cuidado personal y aseo, hasta seguimiento de peso y constantes vitales, monitorizar el cumplimiento terapéutico, así como favorecer la adherencia al tratamiento. Los TCAES se convierten en una figura cercana, confidente.

Los TCAES serán los encargados de informar a los pacientes sobre la unidad en la que han ingresado. Enseñar las diferentes normas que deben seguir desde su ingreso hasta su alta del servicio, tales como horarios a seguir, normas, objetos permitidos, posibles visitas, maneras de actuación y privilegios.

Los TCAE junto con el equipo de enfermería serán los encargados del cuidado y supervisión de dichos pacientes. El plan, que de manera genérica deben llevar estos pacientes, constaría de lo siguiente:

INICIO DEL DÍA: Esta establecido un horario para levantarse. Debe ser respetado por todos los pacientes. Se debe vigilar la entrada al aseo, con el fin de controlar las diuresis, deposiciones y posibles vómitos. Seguidamente, se procederá al peso de los pacientes.

Llamadas de familiares: Una vez que los psiquiatras han valorado a los pacientes, se deciden cuáles van a ser los próximos privilegios que se van a tener. Los familiares suelen llamar por la mañana para conocerlos, así como para saber como están sus familiares. Los TCAES, junto con los enfermeros, serán los encargados de hablar con ellos, explicarles, y en muchas ocasiones tranquilizarles.

Llamadas de los jueces: El equipo de enfermería, pero los TCAE fundamentalmente, son los encargados de gestionar las llamadas que los diferentes jueces hacen a los pacientes cuando ingresan en la Unidad de Psiquiatría. Esta llamada se hace para saber si los pacientes conocen su situación, dónde se encuentran.

Ingestas: Se realizan en un comedor común. Con unos horarios preestablecidos. Los pacientes tienen un tiempo para finalizar las ingestas, deben realizarse de manera limpia y ordenada. Es muy importante vigilar, y controlar que los pacientes no se llevan ningún cubierto, por el riesgo de lesiones.

Privilegios: Los pacientes tienen una serie de privilegios que pueden disfrutar tanto por la mañana como por la tarde y que van consiguiendo a medida que van avanzando en su tratamiento. Estos pueden ser desde diferentes talleres, acceso a la lectura, música, pintura, cine, terapia canina, ir al colegio, salir al patio o visitas de familiares y amigos.

Visitas: Inicialmente las visitas se realizan dentro de la planta y posteriormente van ampliándose a salidas fuera de la unidad hospitalaria, por un tiempo determinado, permiso hasta la hora de la cena, o permiso para dormir una noche en casa, o permisos de fin de semana.

En función de sus logros y adherencia al tratamiento, obtendrán más privilegios. Siempre que un paciente salga de la planta, el equipo de enfermería, pero los TCAE principalmente, se encargará de revisar que el paciente regresa en el tiempo establecido, que no introduce ningún elemento prohibido en la sala, y que su integridad física sigue igual que antes de salir de permiso.

Finalización del día: Los pacientes deben estar en sus habitaciones en el horario preestablecido. Se les retirarán y almacenarán todos los objetos que no sean necesarios para el descanso tales como reproductores de música, libros, cuadernos, lápices, etc. Se les vigilará las entradas al aseo, como explicamos anteriormente, con el fin de controlar diuresis, deposiciones y vómitos.

Cuando los pacientes se encuentran realizando talleres, o disponen de tiempo de ocio en el patio, el personal de enfermería, entre ellos los TCAES, en muchas ocasiones le acompaña. Son momentos más relajados en los que muchas veces se entablan conversaciones, se habla sobre la adherencia al tratamiento, se crean un clima de confianza con los pacientes, que ayuda a que escuchen consejos, recomendaciones en un ambiente más distendido. Siempre consensuado con los Psiquiatras y médicos, que están a su cargo, para no entorpecer la labor terapéutica.

5 Discusión-Conclusión

El plan diario de los pacientes está supervisado y estructurado por los psiquiatras y psicólogos del centro. El equipo de enfermería se encarga de que en la medida de lo posible se cumplan esos planes, con el fin de que el paciente puede ser dado de alta en un futuro próximo.

El TCAE gracias a sus competencias y habilidades está capacitado para aportar los cuidados básicos que necesitan este tipo de pacientes, así como estrategias de prevención.

El TCAE juega un papel fundamental en el establecimiento de una relación terapéutica con los pacientes con TCA, que ayudarán a la obtención de los objetivos de tratamiento.

Los TCAE incluyen a las familias en la relación terapéutica, pues son un elemento clave de la recuperación.

6 Bibliografía

1. San José MA, Morais A. Trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño. El niño que no come. En: Continuum. Asociación Española de Pediatría. Disponible en: https://continuum.aeped.es/files/guias/Material_descarga_unidad_4_nutricion.pdf.
2. Carmentate Rodríguez. Iris Dany. Anorexia nerviosa. Presentación de un caso. Multimed [Internet]. 2020 Feb [citado 2023 Ago 06] ; 24(1): 169-180. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100169&lng=es.
3. Escribano Ceruelo E, Jiménez García R. Detección precoz e intervención del pediatra en los trastornos de la conducta alimentaria. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 137-14.
4. Dueñas Y, Murray M, Morell B, Murjani HS, Jiménez A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. Nutr Hosp. 2015; 32(5): 2091-97-doi:10.3305/nh.2015.32.5.9662.
5. Ojeda-Martín Á, del Pilar López-Morales M, Jáuregui-Lobera I, Herrero.Martín G. Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. Journal volumen 6 numero 10pp 1289-1307. Octubre 2021. Disponible en: <https://jonnpr.com/PDF/4322.pdf>.

Capítulo 224

MANEJO POR PARTE DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

SERGIO ALCARAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Virginia Henderson dentro de sus 14 necesidades básicas, o Callista Roy, dentro de sus patrones funcionales, señalan la alimentación y la nutrición como uno de los pilares de la salud del ser humano.

El papel del personal de enfermería, y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES) fundamentalmente, es muy importante a la hora de administrar la dieta correspondiente a cada paciente, así como aportar al paciente los conocimientos necesarios.

La alimentación es la ingesta voluntaria de alimentos para saciar el hambre y “la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo” OMS, 2018. La nutrición es algo involuntario, por el cual nuestro organismo absorbe los nutrientes de los alimentos.

Existen diferentes tipos de dietas para los pacientes pediátricos, hay múltiples clasificaciones ya sea por edad, alergias, religiones, necesidades nutricionales, patologías, etc.

Una buena alimentación desde el nacimiento es fundamental para proveer al niño de todos los nutrientes esenciales, para el buen crecimiento y así como para prevenir enfermedades.

Es importante que desde pequeños les enseñemos que una buena alimentación es fundamental para el correcto funcionamiento del organismo, y que esta debe ser saludable, equilibrada y variada. (1)

Es durante la infancia cuando se fijan los hábitos alimentarios, y es importante que se fijen bien, pues de no ser así serán muy difíciles de cambiar.

De manera general, la dieta de los niños debe ser rica en cereales, frutas y verduras, y en menor medida rica en grasas saturadas y sal.

2 Objetivos

- Diferenciar los tipos de dietas acordes a cada paciente pediátrico según su edad, de los 0 a los 18 años.
- Describir el papel de los TCAES en la solicitud y registro de dietas en función de las necesidades nutricionales, de las alergias e intolerancias, así como las ingestas y de las incidencias, si las hubiera.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una búsqueda e investigación sobre las diferentes publicaciones existentes en la materia, además de diferentes consultas con pediatras expertos en la materia y la búsqueda sistemática de libros y artículos científicos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Clasificando las dietas acordes con las diferentes edades (los tiempos son orientativos, ya que según la tipología del niño/a los tiempos pueden adelantarse o retrasarse, además, como ya se comentó en la introducción, las dietas son genéricas, entendiendo que no serían iguales en pacientes con alergias, con necesidades nutricionales específicas, cultural, etc.) nos podemos encontrar: (2)

1. Lactancia materna exclusiva o fórmulas de inicio (FI).

Va comprendida normalmente entre los 0-6 meses. El lactante de leche materna exclusiva realiza tomas según demanda. Los bebés que utilizan fórmula, según

los meses de vida, realizan distintas tomas al día y las cantidades van aumentando según van siendo más mayores. Entre los 4-6 meses, se suele introducir cereales sin gluten y también frutas básicas tales como la pera, manzana, plátano y naranja.

2. Dieta Lactante A.

Es un período comprendido entre los 6-8 meses. A partir de este periodo se intenta que el niño/a vaya realizando las principales comidas, además de suplementarlas con biberones de FI, leche materna (LM) o fórmula de continuación (FC) si ya si ha introducido.

En los desayunos se les suele ofrecer FI, FC o LM más cereales sin gluten o con gluten según se haya introducido o no. En las comidas purés con alimentos acordes a la edad como patatas, zanahoria, pollo. Las meriendas son papillas de frutas ya introducidas y las cenas suelen ser una toma de biberón de FI, FC o LM con cereal con o sin gluten.

3. Dieta Lactante B.

Es un periodo comprendido entre los 8-12 meses. Los desayunos suelen ser biberones de FC o LM con cereales con gluten, las comidas están compuestas por purés de diferentes verduras, pero en su mayoría patata, zanahoria, puerro y carne, pollo o pescado. Las meriendas son papillas de frutas y las cenas son biberones de FC o LM con cereales con gluten.

4. Dieta Lactante C.

Es un periodo comprendido entre los 12-18 meses. Los desayunos se componen de papilla de cereales, las comidas contienen purés de verduras y diferentes carnes, más yogur o alguna pieza de fruta, las meriendas son papillas de frutas y las cenas se componen de diferentes alimentos sólidos y papillas de cereales.

5. Dieta Lactante D.

Es un periodo que va desde los 18 meses a los 3 años. Los desayunos se componen de leche con cereales, galletas, frutas, pan, etc. Las comidas, meriendas y cenas comprenden una dieta basal suave adaptada en cantidades y texturas.

6. Dieta Basal.

Periodo desde los 3-18 años. Se realiza desayuno, comida, merienda y cena, basados en alimentos que configuren una dieta sana, nutritiva, equilibrada y variada.

Los TCAES serán los encargados de solicitar las dietas al servicio de Dietética, de los pacientes al comienzo del turno, así como los pacientes recién ingresados. Deberán asegurarse de que queden bien registradas las alergias e intolerancias, así como las ayunas del paciente según las diferentes pruebas o necesidades que tenga el paciente.

Los TCAES son los encargados de dejar registrados los alimentos ingeridos durante el turno, tanto sólidos como líquidos, así como el volumen administrado por las bombas de nutrición enteral.

Así mismo, deberán conocer las diferentes vías de administración de la nutrición y conocer los materiales necesarios para realizar sondajes, así como para colocar bombas de nutrición:

- Vía Oral: ingesta de alimentos por boca.
- Parenteral: vía intravenosa que aporta al paciente los nutrientes necesarios cuando no es posible la vía oral. (manejada por los enfermeros)
- Enteral: cuando no puede ser por vía oral, pero el aparato digestivo funciona, a través de una sonda o botón gástrico, que aporta al paciente los nutrientes de diversos tipos (manejada por los TCAES).

5 Discusión-Conclusión

Debemos dejar claro que las dietas siempre son prescritas por el facultativo correspondiente.

Tras la investigación realizada para este trabajo, se constata que el papel del TCAE es conocer los diferentes tipos de dietas acordes con las edades, necesidades, alergias, etc., del paciente y explicárselas a las madres, padres o tutores legales que acompañarán al paciente durante su ingreso hospitalario.

Además de esto, los TCAE siempre deben supervisar las comidas que se dan a los pacientes, con el fin de que sea la dieta correcta y que corresponda al paciente indicado. Así mismo, debe asegurarse de que la dieta es correcta, tanto en el momento en que se ha solicitado, como el momento que se le entrega al paciente. Se destaca la importancia de la solicitud y registro de las dietas del paciente, debiendo conocer la dieta adecuada según la patología del paciente, por parte del TCAE, el cual tiene el papel de supervisar y/o ayudar al paciente que no pueda comer por sí mismo y conocer, así como controlar, las diferentes vías de administración de nutrición y las bombas de nutrición enteral.

6 Bibliografía

1. Delgado Jacobo, D.P. (2021). Situación nutricional en el sobrepeso y la obesidad y el papel que tiene la dietología, *Psic-Obesidad*,9(33).
2. Recopilación dietas Hospital Infantil Universitario Niño Jesús Madrid.

Capítulo 225

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

SERGIO ALCARAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Con mayor frecuencia, los profesionales sanitarios requieren del manejo de técnicas más agresivas. Tener conocimientos para el control y manejo de la vía aérea es fundamental.

La intubación endotraqueal va a requerir de conocimientos y de una pericia manual importantes, pues de ello dependerá el éxito de la técnica, y, en consecuencia, la supervivencia del paciente.

Es el método de elección para el aislamiento definitivo de la vía aérea. Consiste en mantener la vía aérea permeable para proporcionar una adecuada ventilación y oxigenación mediante la colocación, por medio de una pala provista de iluminación, de un tubo desde la boca, lo que se denomina intubación orotraqueal, a través de la nariz, lo que se denomina intubación nasotraqueal, o mediante traqueostomía.

Permite la administración de oxígeno a alta concentración y de un volumen corriente para mantener una adecuada insuflación pulmonar, aspiración de secreciones en la tráquea y administración de la medicación que pueda necesitar el paciente. (1)

Para realizar una adecuada intubación son necesarios como principales elementos: un laringoscopio con palas, tubos endotraqueales, fiador, medicación y capnografía.

El personal sanitario que participa en la técnica es un enfermero/a, un técnico de cuidados auxiliares de enfermería y un médico intensivista, o anestesiólogo.

2 Objetivos

- Describir el papel que juega el técnico en cuidados auxiliares de enfermería antes, durante y después de la intubación.
- Enumerar el material necesario para proceder a la intubación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una búsqueda e investigación sobre diferentes publicaciones existentes de la materia y la experiencia profesional de los propios equipos de enfermería de las salas de psiquiatría, así como la búsqueda sistemática de libros y artículos científicos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Antes de realizar la técnica, siempre se deberá comprobar la identidad del paciente, así como el correcto funcionamiento del respirador, bombas de medicación, monitores y sistemas de aspiración.

Previo a la Intubación, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), debe comprobar el funcionamiento del laringoscopio a través de la verificación de la bombilla y pilas, asegurarse de que es el tamaño adecuado de la pala, asegurarse de que el tubo endotraqueal es el correcto, y siempre aportar uno medio número mayor y medio número menor del calculado. Siempre se debe comprobar el globo, en caso de tenerlo. El TCAE será el encargado de la lubricación del tubo, y de la colocación del fiador si fuera necesario.

La enfermera se encargará de calibrar el capnógrafo.

En algunos pacientes será necesario el vaciamiento gástrico, a través de la SNG, lo que permitiría descomprimir el estómago de forma continua durante todo el proceso, lo que podría interferir en la adecuada ventilación con mascarilla facial e interferir en la laringoscopia, por lo que el TCAE deberá estar atento a esta indicación.

El material que el TCAE, debe asegurarse que hay es el siguiente:

- Monitor de FC, FR, tensión arterial, Saturación O2 y capnografía (calibrado por enfermería).
- Fonendoscopio.
- Laringoscopio.
- Palas de diferentes tamaños y tipos (pala plana 0-3 y curva 1-4).
- Pinza Magill (2 tamaños).
- Tubos endotraqueal (TET) sin balón del 2,5-7 mm, y tubos con balón del 3,5-8,5 mm.
- Fiador de distintos tamaños.
- Lubricante (tipo Silkospray®).
- Equipo de aspiración: fuente de aspiración y sondas (sondas de aspiración flexibles y sonda rígida tipo Yankauer).
- Fijación del tubo endotraqueal (TET): Esparadrapo ancho, venda.
- Jeringa de 5-10 ml para hinchar el balón.
- Cánulas de Guedel de diferentes tamaños.
- Mascarilla con reservorio de oxígeno.
- Mascarillas orofaciales.
- Bolsa autoinflable de varios tamaños con reservorio.
- Fuente de oxígeno a 10 lpm.
- Sondas nasogástricas de distintos tamaños.
- Pilas y bombillas de repuesto.
- Mascarillas laríngeas (tamaño 1-4).
- Intercambiadores de tubo endotraqueal.
- Barreras protectoras: bata, mascarilla, gafas.
- Medicación de secuencia rápida de intubación.

Una vez asegurado el puesto y la disposición de los materiales, el personal de enfermería, entre ellos los TCAE, deberán realizar un eficaz lavado de manos, y se colorarán guantes no estériles.

En caso de ser necesario canalizar un acceso venoso, el TCAE dispondrá todo el material necesario.

Con ayuda de enfermería, antes de proceder a la intubación, colocaremos al paciente en decúbito supino, retiraremos el cabecero de la cama, lugar donde se va a situar la persona encargada de realizar la técnica, abriremos la boca del paciente, y de forma manual, se retirará cualquier prótesis dental, y aspiraremos por si encontramos secreciones la boca o faringe.

El personal de enfermería ventilará y pre oxigenará al paciente, y se encargará de la administración de la medicación necesaria para la realización de la técnica.

Mientras, el TCAE ayudará a colocar batas y guantes a los profesionales encargados de realizar la técnica.

Entregaremos al médico el laringoscopio, que lo introducirá en el paciente, dándole previamente el tubo endotraqueal elegido que habrá sido perfectamente lubricado.

El facultativo introducirá la pala del laringoscopio en el lado derecho de la boca, llevando la lengua hacia la izquierda. Para su introducción, se dirigirá hacia delante, arriba, exponiendo primero la epiglotis, y luego la glotis. (2)

El médico continuará con el deslizamiento del tubo endotraqueal hacia la parte derecha de la boca, introduciendo con suavidad a través de las cuerdas vocales. En esta maniobra puede ser necesario realizar la maniobra de Sellick, que consiste en presionar el cartílago cricoides para aumentar la exposición de la laringe y utilizar la pinza de Magill para la orientación del tubo hacia las cuerdas. En caso de dificultad, se valora tubo de calibre inferior o uso de fiador (previamente preparados por el TCAE).

Una vez colocado el tubo, inflaremos con una jeringa, el balón del neumotaponamiento, en caso de disponer de él, y comprobaremos su presión con el neumomanómetro.

El TCAE proporcionará el fonendoscopio para, mediante auscultación pulmonar, y gástrica, comprobar la correcta posición del tubo, y la expansión pulmonar. En caso de disponer del capnógrafo, se comprobará también con él. Tras comprobar la ventilación mediante la auscultación de ambos pulmones, comenzaremos con la ventilación mecánica y fijaremos el tubo.

La fijación del tubo la llevan a cabo Enfermería y TCAE. El tubo endotraqueal (TET) debe ser asegurado a la piel con esparadrapo o con venda anudada, para evitar su salida accidental y liberar la mano del facultativo que hasta entonces está sujetándolo. Tras la fijación del tubo, se solicitará una radiografía de tórax para visualizar su posición. El número que indica la posición del tubo endotraqueal que se ha introducido por vía oral debe quedar a nivel de la comisura labial, marcaremos con un rotulador para controlar su posición, y evitar desplazamientos. Es importante que el personal de enfermería deje anotado el número del tubo y posición introducida.

Tras finalizar la técnica, se procederá a retirar, y recoger, todo el material utilizado.

Será importante, que todo el personal de enfermería, cambie la fijación y puntos de apoyo del tubo por turno, para evitar heridas por fricción. Se realizará higiene bucal con colutorio y se hidratarán los labios. Se vigilará, en todo momento, la correcta posición de las tubuladuras, y la obstrucción del TET. Vigilar fugas del

tubo, las cuales se manifiestan en forma de ruido, y deben tenerse en cuenta, pues se pierde parte del volumen aportado.

5 Discusión-Conclusión

La intubación endotraqueal es de gran importancia, ya que gracias a ella podemos realizar el intercambio de gases, los cuales mantienen a nuestro organismo con vida, ayudando así a disminuir la mortalidad en pacientes con problemas respiratorios. Se trata de una técnica sencilla, cuyas complicaciones relacionadas con su uso, suelen ser bajas. Es por ello que es la mejor elección para el manejo de la vía aérea difícil. (1)

Con el paso del tiempo, esta técnica ha ido mejorando, progresando, siendo, actualmente, el proceso ideal para llevar a cabo la intubación de la manera más eficaz y segura posible. (1)

Que todo el personal de enfermería y entre ellos los TCAE tenga una formación previa, ayuda en gran medida a que el procedimiento se lleve a cabo de forma exitosa, pues en un escenario ideal la preparación del material y ayuda en la realización de la técnica se hará sin prisas y de manera exitosa, pero habrá ocasiones en que la Intubación sea una urgencia, y el TCAE debe tener muy bien interiorizadas cuáles son sus funciones, los pasos a seguir, a fin de no entorpecer a los compañeros y ser lo más eficaces posible.

Se debe tener como función, asegurarnos de disponer de todo el material necesario, y que este se encuentre en perfectas condiciones para poder hacer uso de él en cualquier momento, de manera segura.

Debemos asegurarnos de dar los mejores cuidados. Es fundamental la correcta utilización y mantenimiento de los sistemas de ventilación asistida y estar atentos a las secreciones que se acumulen al paciente, que suelen ser audibles. Por ello, siempre que estemos con nuestro paciente, debemos estar atentos a todas las señales, a fin de reducir al máximo los riesgos o complicaciones post entubación. (3)

6 Bibliografía

1. Alba Suarez JA, Almagro González V, Alonso Sánchez MM, Álvarez Pérez C, Barra Elgueta C, Belanger Quintana D et al. Samur – Protección civil. Manual de procedimientos. 2018. Páginas 397-399.
2. Coloma O. Ramón, Álvarez, A. Juan Pablo. Manejo avanzado de la vía aérea. Rev. Med. Clin. Las Cond. Vol. 22. Núm. 3. pág 270-279.

3. L. Rodríguez, E. Sánchez, E. Barroso. Cuidados de Enfermería en la intubación endotraqueal. Rev. Med. Port. Med. 2019.

Capítulo 226

PAPEL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

SERGIO ALCARAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un catéter venoso central (CVC) es una sonda larga, delgada, y flexible, que se introduce en el cuerpo a través de una vena, en el pecho, colocándose en una vena grande cerca del corazón.

El CVC presenta 1, 2 o 3 sondas más pequeñas (proximal, medial y distal), a las que llamamos luces. Cada luz tiene una pinza, un conector y un tapón.

La elección de canalizar un CVC será cuando sea necesario, durante un periodo largo de tiempo, la administración de líquidos, más de un medicamento a la vez, y otras medicaciones que puedan ocasionar daños irreversibles a la piel y tejido muscular, en caso de extravasación. Administración de quimioterapia, hacer analíticas sanguíneas con mucha frecuencia, hacer transfusiones de sangre, o proporcionar nutrición parenteral.

La elección del CVC adecuado dependerá del tiempo de tratamiento, el tipo y tiempo que requiera la quimioterapia a administrar, los cuidados que va a requerir dicho CVC, y características personales y médicas de cada paciente.

Podemos encontrarnos:

- CVC Tunelizados tipo Hickman a través de la vena yugular o a través de la arteria subclavia, que, tras salir de la vena, hacen un recorrido subcutáneo y quedan fijados debajo de la piel.
- Los CVC no tunelizados, pinchados en la subclavia o yugular interna.
- Reservorios tipo Porth a cath cuyo final del catéter es un reservorio, o dos, debajo de la piel.
- Los CVC de duración media a través de una vena antecubital (PICC). Este catéter llega a la subclavia, pero a través de las venas del brazo, cuya ventaja es que se pueden colocar a pie de cama sin sedación. Será en el que nos centraremos. (1)

2 Objetivos

- Describir las medidas para la inserción de catéteres venosos centrales a través de una vena periférica (PICC).
- Explicar las medidas para su correcta retirada.
- Prevenir la bacteriemia relacionada con catéter vascular central y minimizar las complicaciones durante la inserción

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una búsqueda e investigación sobre las diferentes publicaciones existentes en la materia, además de diferentes consultas con pediatras expertos en la materia y la búsqueda sistemática de libros y artículos científicos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es fundamental que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) conozca qué técnica se va a realizar, cuáles son los materiales necesarios para la canalización y retirada, y la manera en que se va a proceder.

Para ello, antes de la canalización de un CVC, deberá saber de qué tipo va a ser, para poder preparar todos los materiales y elementos necesarios.

Así mismo, será de vital importancia conocer la ayunas necesarias para poder canalizar el CVC. El TCAE deberá asegurarse de que sean respetadas las horas de ayuno.

1. Para la inserción:

- Compresas estériles.
- Batas estériles.
- Guantes estériles.
- Gorros.
- Mascarillas.
- Sábana estéril, campos estériles o paños estériles (cerrados y fenestrados) que cubran completamente al paciente.
- Gasas estériles.
- Solución desinfectante de clorhexidina acuosa al 2% o alcohólica al 0,5 %.
- Anestésico local.
- Suero fisiológico heparinizado para inyección.
- Compresor.
- Agujas de carga.
- Jeringas 5 ml.
- Jeringas 2,5 ml.
- Agujas intravenosas y subcutáneas.
- Hoja de bisturí recta.
- Suturas de seda de 2/0 con aguja recta.
- Catéteres según necesidad.
- Contenedor biológico para material punzante.
- Dispositivos para fijación de catéter.
- Apósitos con clorhexidina.
- Apósitos estériles transparentes.
- Apósitos estériles de gasa.
- Ecógrafo, con fundas estériles y gel conductor.

2. Para la retirada:

- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas.
- Mascarilla.
- Solución desinfectante de clorhexidina acuosa al 2% o alcohólica al 0,5%.
- Dos hojas de bisturí, (pudiendo ser sustituida por tijeras) en el caso de que haya que cultivar la punta del catéter.
- En caso de necesidad de cultivo: envase estéril para recogida de punta y placa de Petri.

Una vez recopilado todos los elementos para insertar el catéter, los TCAE ayudarán, en caso de disponer de celadores, a colocar al paciente en la posición correcta para evitar la embolia gaseosa.

Para las vías centrales de inserción periférica en miembros superiores, se aconseja la posición de Trendelenburg. Si colocamos la cabeza del paciente mirando hacia la zona de inserción, ayudaremos a evitar la progresión del catéter por las venas del cuello.

Una vez colocado el paciente, procederemos a la limpieza de la zona de punción con agua y jabón de clorexhidina, asegurándonos que se queda completamente seco. Se desinfectará la zona con solución antiséptica y se aislará la extremidad hasta la colocación del paño fenestrado por el enfermero/a.

Todo el personal implicado en la técnica, deberá proceder a hacer un lavado antiséptico de manos. Los TCAE, encargados de aportar el material, deberá llevar, además, como mínimo: gorro, mascarilla y guantes (2). Se dispondrán al lado de los profesionales encargados de la técnica, aportando a su campo estéril todo el material que necesiten para la inserción.

Los enfermeros, con ayuda del TCAE, cargará de forma estéril el suero heparinizado (500 unidades heparina 1/1000 en 50 ml de suero fisiológico) con las jeringas que previamente habían sido depositadas en el paño estéril sobre la mesa auxiliar.

El TCAE, proporcionará al médico y al personal de enfermería la indumentaria estéril necesaria, así como el ecógrafo, el cual limpiará con jabón no alcohólico. Se tendrá que estar preparado, siempre, por si el equipo de enfermería necesitase cualquier elemento ir a buscarlo.

Una vez finalizada la técnica, los profesionales encargados de la inserción deberán comprobar que la vía canalizada no es una arteria, por lo que los TCAE deberán aportar al campo, el material necesario para hacer una gasometría, y se encargarán de recoger la muestra, y llevarla a analizar.

Los TCAE deben de recoger y colocar todos los materiales utilizados, higienizar la zona de trabajo y montar nuevamente la sala donde se haya procedido a realizar la técnica para poder utilizarla cuando sea necesario.

En caso de retirada de CVC, se colocará al paciente en Decúbito supino o semisentado.

Nos aseguraremos de que el profesional encargado de la técnica tenga a su disposición todo el material necesario y que el paciente no se mueva, controlando constantes vitales, signos de sangrado y estado general.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el papel del TCAE es clave dentro del equipo sanitario para la adecuada canalización, mantenimiento y retirada de un CVC.

De su buena preparación y disposición del material, así como el rápido aporte de los nuevos elementos que se pudiesen necesitar, dependerá el que se realice la técnica de la manera más eficiente posible.

Es primordial que todo el personal tenga claras sus funciones, a fin de no entorpecer, y que la técnica se realiza sin incidencias.

Así mismo, se destaca la figura del TCAE como fundamental para tranquilizar al paciente durante la técnica.

Durante el día a día del paciente, durante sus higienes, fundamentalmente, el TCAE será el primero en observar cualquier signo de infección en la piel que pueda ser derivado del CVC.

6 Bibliografía

1. Mayo Clinic. [Internet]. Estados Unidos. Vía central de inserción periférica; c1998-2022 [citado 05 Agosto 2023]. Disponible en: [https:// www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/picc-line/about/pac-20468748](https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/picc-line/about/pac-20468748)
2. Bacteriemia Zero, 1ª edición, 2009. Basado en el proyecto "Keystone ICU" desarrollado por la Universidad Johns Hopkins. Pronovost et al., N Eng J Med, 2006; 2725:32.

Capítulo 227

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON CÁLCULOS BILIARES

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

GABRIELA-VALY BIRLEA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los cálculos biliares, también conocidos como litiasis biliar o piedras en la vesícula, son formaciones sólidas que se desarrollan en la vesícula biliar o en los conductos biliares. La vesícula biliar es un órgano pequeño en forma de pera ubicado debajo del hígado y desempeña un papel clave en el proceso de digestión. Su función principal es almacenar y liberar la bilis, un líquido producido por el hígado que ayuda en la digestión de las grasas.

Los cálculos biliares se forman cuando los componentes de la bilis, como el colesterol y las sales biliares, se desequilibran y cristalizan. Estos cristales pueden agruparse con el tiempo y dar lugar a cálculos biliares de diversos tamaños, desde pequeñas partículas hasta piedras más grandes.

Los síntomas de los cálculos biliares varían, pero pueden incluir dolor abdominal intenso en la parte superior derecha, que puede irradiar hacia la espalda o el hombro derecho, náuseas, vómitos, y, en ocasiones, fiebre si hay una infección asociada.

El diagnóstico de cálculos biliares suele realizarse mediante estudios de imágenes, como la ecografía abdominal. El tratamiento depende de la gravedad de los síntomas. Si los cálculos son asintomáticos, a menudo no se requiere intervención. Sin embargo, si los síntomas son severos o recurrentes, la cirugía de extirpación de la vesícula biliar, conocida como colecistectomía, es una opción común y efectiva.

Los cálculos biliares son una afección común y afectan a millones de personas en todo el mundo. La predisposición genética, la obesidad, una dieta rica en grasas y la rápida pérdida de peso son factores de riesgo conocidos. Es importante destacar que, aunque la extirpación de la vesícula biliar puede afectar la digestión de las grasas, en general, los pacientes pueden llevar una vida normal después del procedimiento, ya que otros órganos, como el hígado, continúan produciendo bilis para la digestión.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención a pacientes con cálculos biliares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es vital en la atención de pacientes con cálculos biliares, ya que pueden experimentar episodios dolorosos

y complicaciones potenciales. Aquí se describen sus funciones clave en el cuidado de estos pacientes:

Monitorización de síntomas: El técnico debe estar atento a los síntomas del paciente, como dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos. Registrar la frecuencia e intensidad del dolor y comunicar cualquier cambio al equipo de enfermería o al médico.

Control del dolor: Ayudar en la administración de analgésicos según las indicaciones médicas para aliviar el dolor asociado con los cálculos biliares. Esto puede incluir la preparación y entrega de medicamentos y la observación de posibles efectos secundarios.

Apoyo emocional: Los pacientes con cálculos biliares pueden experimentar ansiedad debido al dolor y la incertidumbre sobre su condición. El técnico debe brindar apoyo emocional, escuchando sus preocupaciones y proporcionando información sobre el proceso de atención.

Educación del paciente: Explicar al paciente sobre la causa de los cálculos biliares, factores desencadenantes y opciones de tratamiento disponibles. Informar sobre la importancia de una dieta baja en grasas y cambios en el estilo de vida para prevenir futuros episodios.

Preparación para procedimientos: Si se indica una colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar), el técnico puede ayudar a preparar al paciente para la cirugía. Esto incluye asegurarse de que el paciente siga las instrucciones de ayuno antes del procedimiento y garantizar la administración de medicamentos preoperatorios según las indicaciones.

Control de la ingesta de alimentos: Durante los episodios de dolor agudo, es probable que se restrinja la ingesta de alimentos. El técnico debe asegurarse de que el paciente siga las pautas de ayuno prescritas y, después de la cirugía, ayudar con la reintroducción gradual de alimentos según las recomendaciones médicas.

Higiene y confort: Mantener una buena higiene y comodidad del paciente es importante. En casos de náuseas y vómitos, ayudar con la higiene oral y mantener la ropa de cama limpia y seca.

Comunicación efectiva: Facilitar una comunicación fluida entre el paciente y el equipo médico, transmitiendo cualquier preocupación o necesidad del paciente de manera oportuna.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención de pacientes con cálculos biliares al monitorear síntomas, controlar el dolor, brindar apoyo emocional, educar al paciente, prepararlo para procedimientos, garantizar la higiene y el confort, y facilitar la comunicación con el equipo médico. Su contribución es esencial para el bienestar y la recuperación de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para un paciente con cálculos biliares es que siga de manera rigurosa las indicaciones médicas y se comunique abierta y regularmente con su equipo de atención médica. Esto incluye tomar medicamentos según lo prescrito, seguir una dieta baja en grasas y alta en fibra, y cumplir con las citas médicas programadas. Además, es fundamental que el paciente esté atento a cualquier cambio en sus síntomas y que informe de inmediato al personal de enfermería o al médico si experimenta un aumento repentino del dolor, fiebre u otros síntomas inusuales. La detección temprana de complicaciones es esencial para garantizar una atención oportuna y efectiva.

La clave para el manejo exitoso de los cálculos biliares es la adherencia a las recomendaciones médicas y la comunicación constante con el equipo de atención médica. Esto contribuirá en gran medida a reducir el riesgo de complicaciones y a mejorar la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. JARAMILLO, D. G. (2009). Clasificación y fisiopatología de los cálculos biliares. *Universitas Médica*, 50(1), 91-97.

Capítulo 228

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

GABRIELA-VALY BIRLEA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

1 Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal crónico que afecta el funcionamiento normal del intestino, sin causar daño estructural o inflamación. Se caracteriza por una variedad de síntomas abdominales que pueden incluir dolor o molestias, hinchazón, distensión abdominal y cambios en los patrones de evacuación intestinal.

Los síntomas del SII pueden ser muy variables y se dividen en tres subtipos principales:

SII con predominio de diarrea: Los pacientes experimentan heces sueltas y frecuentes, a menudo acompañadas de urgencia para defecar.

SII con predominio de estreñimiento: Se caracteriza por evacuaciones intestinales difíciles y menos frecuentes, con heces duras.

SII mixto: Los pacientes experimentan episodios de diarrea y estreñimiento alternados.

Aunque no se comprende completamente la causa del SII, se cree que factores como la sensibilidad visceral, desequilibrios en la microbiota intestinal, estrés y la dieta pueden desempeñar un papel en su desarrollo.

El diagnóstico del SII se basa en la eliminación de otras condiciones médicas y en la presencia de síntomas específicos durante al menos tres meses.

El manejo del SII implica un enfoque multidisciplinario. Los cambios en la dieta, como la reducción de alimentos que desencadenan síntomas, pueden ayudar. Los medicamentos pueden ser recetados para controlar los síntomas, como antiespasmódicos, laxantes o medicamentos para el dolor. Además, el manejo del estrés y la terapia cognitivo-conductual pueden ser beneficiosos.

Es importante destacar que el SII no es una enfermedad potencialmente mortal, pero puede afectar significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen. El apoyo emocional y el trabajo en colaboración con profesionales de la salud son esenciales para controlar los síntomas y mejorar el bienestar en aquellos afectados por este síndrome gastrointestinal crónico.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención a pacientes con el SII.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El SII es un trastorno gastrointestinal crónico que puede causar síntomas debilitantes, y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel importante en el cuidado de los pacientes que lo padecen. Aquí se describen las funciones clave del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención de un paciente con SII:

Educación al paciente: Una función central es proporcionar información sobre el SII, sus síntomas y opciones de manejo. Esto incluye asesorar al paciente sobre la importancia de llevar un registro de los alimentos que desencadenan los síntomas para ayudar a identificar posibles desencadenantes dietéticos.

Seguimiento de síntomas: Debe estar atento a los síntomas específicos del paciente, como el dolor abdominal, la diarrea o el estreñimiento, y registrarlos de manera regular. Esto ayudará al equipo médico a evaluar la eficacia del tratamiento y ajustarlo según sea necesario.

Ayuda en la dieta: El técnico puede colaborar en la planificación de comidas que sean adecuadas para el paciente con SII. Esto podría incluir una dieta baja en grasas, alta en fibra y la eliminación de alimentos conocidos por desencadenar síntomas.

Apoyo emocional: El SII puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y la salud mental del paciente. El técnico debe estar preparado para escuchar las preocupaciones del paciente y ofrecer apoyo emocional, remitiendo a un profesional de salud mental si es necesario.

Administración de medicamentos: En algunos casos, el paciente puede requerir medicamentos para controlar los síntomas del SII, como antiespasmódicos o laxantes. El técnico puede ayudar en la administración y control de estos medicamentos.

Manejo del estrés: El estrés puede desencadenar o empeorar los síntomas del SII. El técnico puede sugerir técnicas de manejo del estrés, como la relajación o la meditación, para ayudar al paciente a reducir su nivel de estrés.

Registro de cambios en el estado del paciente: Si el paciente experimenta una exacerbación repentina de los síntomas o presenta signos de alarma, como sangrado rectal o pérdida de peso inexplicada, el técnico debe informar de inmediato al equipo de enfermería o al médico.

Comunicación con el equipo de atención médica: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe mantener una comunicación efectiva con el equipo médico, transmitiendo información relevante sobre el estado del paciente y cualquier cambio en los síntomas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en el manejo del paciente con SII al proporcionar educación, seguimiento de síntomas, apoyo en la dieta, administración de medicamentos, apoyo emocional, manejo del estrés y comunicación efectiva con el equipo médico. Su contribución es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan este trastorno gastrointestinal crónico.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para pacientes con SII es la adherencia a un enfoque multidisciplinario de manejo. Esto implica seguir las indicaciones médicas y trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica, incluidos médicos y dietistas, para desarrollar una estrategia de manejo personalizada.

Además, se debe animar al paciente a llevar un registro de los síntomas y de los alimentos que puedan desencadenar molestias. Esto ayudará a identificar patrones y posibles desencadenantes alimentarios. Fomentar la comunicación abierta sobre los síntomas y cualquier cambio en su condición para que el equipo médico pueda realizar ajustes en el tratamiento si es necesario.

El apoyo emocional es igualmente importante. Escuchar las preocupaciones del paciente y ofrecer orientación sobre técnicas de manejo del estrés. Recordar al paciente que el SII no es potencialmente mortal y que, con el manejo adecuado, la calidad de vida puede mejorar significativamente.

6 Bibliografía

1. González, M., & De Ascencao, M. (2005). Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 28(2), 139-145.

Capítulo 229

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

GABRIELA-VALY BIRLEA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

1 Introducción

La enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno crónico del sistema digestivo en el cual el contenido ácido del estómago fluye hacia el esófago, la tubería que conecta la boca con el estómago. Este flujo retrógrado ácido puede causar una serie de síntomas incómodos y, en algunos casos, daño al esófago.

Los síntomas comunes de la ERGE incluyen acidez estomacal, regurgitación (el retorno involuntario de contenido ácido al esófago o la boca), dolor en el pecho, tos crónica y dificultad para tragar. Estos síntomas suelen empeorar después de las comidas o al acostarse.

La ERGE puede deberse a una variedad de factores, como una válvula esofágica inferior debilitada, una hernia hiatal o malos hábitos alimenticios. Los factores de riesgo incluyen la obesidad, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.

El diagnóstico de la ERGE a menudo se basa en los síntomas del paciente y puede requerir pruebas adicionales, como una endoscopia o una prueba de pH esofágico.

El tratamiento de la ERGE puede incluir cambios en el estilo de vida, como evitar alimentos picantes o grasos, elevar la cabecera de la cama para prevenir el reflujo nocturno y perder peso en caso de obesidad. Los medicamentos, como los inhibidores de la bomba de protones y los antiácidos, a menudo se recetan para reducir la producción de ácido y aliviar los síntomas. En casos graves o cuando no responde al tratamiento médico, se puede considerar la cirugía para fortalecer la válvula esofágica.

La ERGE es una afección crónica que requiere un manejo a largo plazo. Aunque puede causar molestias significativas, con el tratamiento adecuado y la adopción de un estilo de vida saludable, muchas personas pueden controlar con éxito sus síntomas y evitar complicaciones a largo plazo.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención al paciente con reflujo gastroesofágico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel valioso en el manejo de pacientes con ERGE, brindando apoyo y contribuyendo a mejorar

su calidad de vida. A continuación, se describen las funciones clave del técnico en este contexto:

Educación del paciente: El técnico debe proporcionar información clara y comprensible sobre la ERGE, sus causas y síntomas, así como sobre las estrategias de manejo y prevención. Esto ayuda al paciente a comprender su condición y cómo tomar medidas para reducir los síntomas.

Apoyo en cambios en el estilo de vida: Muchos pacientes con ERGE pueden beneficiarse de modificaciones en la dieta y el estilo de vida. El técnico puede asesorar sobre hábitos alimenticios saludables, como evitar alimentos desencadenantes, reducir las comidas copiosas antes de acostarse y mantener un peso saludable. También puede sugerir la elevación de la cabecera de la cama.

Control de la medicación: Si se prescribe medicación para controlar los síntomas de la ERGE, el técnico puede ayudar al paciente a entender las indicaciones y la administración adecuada de los medicamentos. Esto incluye asegurarse de que se tomen según lo recetado.

Seguimiento de síntomas: Anotar y registrar los síntomas reportados por el paciente es esencial para evaluar la efectividad del tratamiento y realizar ajustes si es necesario. El técnico puede colaborar en esta monitorización.

Promoción de la adherencia al tratamiento: Ayudar al paciente a mantener la adherencia al tratamiento es fundamental. Esto implica recordarles la importancia de tomar medicamentos de manera regular y seguir las recomendaciones de estilo de vida.

Apoyo emocional: La ERGE puede ser una condición crónica que afecta la calidad de vida del paciente. Escuchar las preocupaciones y proporcionar apoyo emocional puede ser reconfortante y puede ayudar al paciente a sobrellevar la carga de la enfermedad.

Comunicación con el equipo de atención médica: Mantener una comunicación efectiva con el equipo de enfermería y el médico es esencial para garantizar que el paciente reciba el tratamiento más adecuado. El técnico puede transmitir información relevante sobre el progreso del paciente y cualquier cambio en los síntomas.

Una recomendación clave del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para pacientes con ERGE es seguir las indicaciones médicas y realizar cambios en el

estilo de vida. Esto incluye:

Cumplir con la medicación: Tomar los medicamentos recetados según las indicaciones médicas para controlar el ácido estomacal y aliviar los síntomas.

Modificación de la dieta: Evitar alimentos que desencadenen los síntomas de la ERGE, como comidas picantes, grasas, cítricos y caféina. Optar por comidas más pequeñas y evitar acostarse inmediatamente después de comer.

Mantener un peso saludable: El exceso de peso puede empeorar los síntomas de la ERGE. Trabaje en la pérdida de peso si es necesario.

Elevar la cabecera de la cama: Si experimenta síntomas nocturnos, elevar la cabecera de la cama puede ayudar a prevenir el reflujo ácido mientras duerme.

Evitar el tabaco y el alcohol: Estos factores pueden empeorar los síntomas de la ERGE, por lo que es recomendable evitarlos.

Controlar el estrés: El estrés puede agravar los síntomas. Practique técnicas de manejo del estrés, como la meditación o la respiración profunda.

Seguimiento médico: Mantenga un seguimiento regular con su médico para evaluar su progreso y realizar ajustes en el tratamiento según sea necesario.

Estas recomendaciones pueden ayudar a los pacientes con ERGE a controlar sus síntomas y mejorar su calidad de vida. Sin embargo, es esencial trabajar en colaboración con el equipo médico para un manejo efectivo de esta condición crónica del sistema digestivo.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel integral en el cuidado de pacientes con ERGE al proporcionar educación, apoyo en cambios de estilo de vida, control de la medicación, seguimiento de síntomas, promoción de la adherencia al tratamiento, apoyo emocional y comunicación efectiva con el equipo médico. Su contribución es fundamental para ayudar a los pacientes a controlar esta condición crónica y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Cevallos Vique, V. M. (2018). Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados no crónicos con gastroprotección en el Hospital Pablo Arturo Suárez (Master's thesis).

Capítulo 230

AMORTAJAMIENTO DEL PACIENTE FALLECIDO. ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA CON UN ÉXITUS

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

1 Introducción

El amortajamiento de un paciente fallecido hace referencia a la preparación del cadáver de un paciente que acaba de fallecer. Dicha preparación consiste en la retirada de todos aquellos dispositivos que pueda contener el cuerpo del fallecido, del mismo modo se entiende cómo amortajamiento al aseo realizado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, eliminando los fluidos corporales que pueda eliminar el cuerpo del paciente recién fallecido.

La finalidad de realizar la actividad del amortajamiento en las plantas de hospitalización, bloque quirúrgico, servicio de urgencias, unidad de cuidados intensivos en la cual se encontrase el paciente fallecido, tiene los siguientes objetivos:

- Evitar la aparición de los síntomas post mortem.
- Eliminar cualquier fluido corporal que pueda desear el cuerpo del paciente recién fallecido. Los fluidos corporales pueden ser: sangre, flemas...

- Proporcionar al paciente la intimidad que merece.

Antiguamente durante el amortajamiento, además de asear al paciente fallecido se vestía, puesto que se preparaba directamente para su velatorio por familiares y seres queridos. Sin embargo, en la actualidad esta actuación es realizada por el servicio funerario el cual tenga contratado los familiares el recién fallecido, es por ello, por lo que la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se centra únicamente en el aseo del cadáver.

2 Objetivos

- Detallar el procedimiento llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares durante el amortajamiento de un paciente fallecido.
- Enumerar los objetivos de realizar el amortajamiento de un paciente fallecido.
- Conocer los profesionales que intervienen durante el amortajamiento de un paciente fallecido.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Durante el procedimiento de amortajamiento de un paciente fallecido intervienen diferentes categorías profesionales, las cuales se encarga cada una de realizar las funciones propias de su categoría.

- El técnico cuidados auxiliares de enfermería ayudar al equipo de enfermería a retirar los dispositivos que porte el paciente, como pueden ser: sonda vesical, sonda nasogástrica, sistemas con medicación, vías, drenajes... el equipo de enfermería retirará todos los dispositivos mientras que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería taponarán todos los orificios donde se encontraban dichos dispositivos.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería aseará al paciente mientras el celador se encargará de movilizarlo.

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería dispondrá el sudario y con ayuda del celador introducirán el cadáver dentro de él.

Procedimiento llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el amortajamiento del paciente recién fallecido.

Antes de proceder con el amortajamiento del recién fallecido, es imprescindible que el médico haya certificado la muerte y que los familiares se hayan retirado de la habitación donde se encuentra el cadáver.

Durante el amortajamiento del recién fallecido se debe proporcionar intimidad tanto al paciente como a sus familiares, por lo que se dispondrán biombos de separación con el compañero que comparte habitación.

Antes de comenzar la actuación se debe preparar todo el material necesario, para lo cual se dispondrá de mayor número de material por si fuese necesario, como pueden ser los empapadores, ya que el paciente puede expulsar sangre o fluidos por los orificios que todavía no han sido taponados.

Una vez retirados los dispositivos y taponados todos los orificios, se procederá a asear el paciente utilizando una palangana con agua y jabón. Para asear al paciente por la parte dorsal, se pedirá ayuda al celador para que lo movilice hacia su lado.

Aprovechando la lateralización del cadáver se colocará el sudario debajo del paciente para cuando sea posicionado nuevamente en la posición de decúbito supino quede sobre el sudario.

Cerrar el sudario y etiquetar correctamente el cadáver.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Amortajamiento del paciente fallecido. Actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con un éxito” nos demuestran el procedimiento llevado a cabo por el equipo de enfermería junto al técnico en cuidados auxiliares durante la preparación del paciente recién fallecido antes de que sea trasladado por el servicio funerario.

Es importante destacar que la actuación de amortajamiento no debe demorarse demasiado una vez fallecido el paciente, puesto que empieza a presentar signos post mortem que dificulta dicha actividad, como puede ser la rigidez del cuerpo de las zonas corporales.

6 Bibliografía

1. GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 231

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON TRAQUEOTOMÍA

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

GEMA COELLO

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

La realización de traqueotomías no es una técnica de reciente creación, sino que se ha llevado a cabo por diversas culturas a lo largo de miles y miles de años, la primera traqueostomía, propiamente dicha, data del siglo I antes de Cristo y se le atribuye al médico griego Asclepiades de Bitinia, pero existen evidencias de la realización de aberturas en la tráquea anteriores, en el año 3100 antes de Cristo en los jeroglíficos del antiguo Egipto o las del año 1500 antes de Cristo en el Papiro Ebers. Se continuaron realizando en el siglo I después de Cristo, aunque existían muchos problemas para conseguir la cicatrización de las heridas y ocasionaba muchos fallecimientos, esto ocasiono que el siglo V se llegaron a prohibir. Y no es hasta la Edad de Oro del Islam cuando se inicia de nuevo la práctica de las traqueotomías introduciendo la sutura con hilo de seda, aunque en Europa

seguía sin realizarse. A este periodo le sucedieron otros de más o menos auge en la práctica de la traqueotomía, pero no es hasta 1909 cuando Chevalier Jackson hizo un estudio exhaustivo que permitió estandarizar la técnica quirúrgica para llevar a cabo de forma efectiva la traqueotomía y establecer los cuidados necesarios del paciente con traqueotomía (introdujo la utilización de cánula metálica de doble luz con los tamaños y curvaturas adecuadas) lo que permitió reducir la mortalidad en los pacientes que se le practicaba.

2 Objetivos

- Desarrollar las normas básicas para el cuidado de pacientes que presentan traqueotomías.
- Exponer el protocolo de actuación conjunto con el diplomado universitario en enfermería (DUE) para llevar a cabo el cambio de la cánula.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

- Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
- Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los TCAES en el ámbito sanitario, historia del inicio de la práctica de la traqueotomía, etimología de traqueotomía, tipos de traqueotomía, normas básicas para el cuidado de pacientes que tienen una traqueotomía y protocolo conjunto de actuación (TCAE y DU_E) para realizar el cambio de cánula en paciente traqueotizado.
- Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los TCAES en el ámbito sanitario, historia del inicio de la práctica de la traqueotomía, etimología de traqueotomía, tipos de traqueotomía, normas básicas para el cuidado de pacientes que tienen una traqueotomía y protocolo conjunto de actuación (TCAE y DU_E) para realizar el cambio de cánula en paciente traqueotizado, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Pero, ¿qué es una traqueotomía? ¿Y qué tipo de traqueotomías existen? El sustantivo singular femenino traqueostomía proviene del griego, formado por la unión de: τραχεία (cuya traducción es tráquea) y stomoun (abertura). A partir de su etimología podríamos decir que traqueotomía es la realización de una apertura de la tráquea (en la que se inserta un tubo o cánula) como medio de ayuda al paciente para poder respirar.

Existen dos tipos de traqueotomías:

- Traqueostomía temporal.
- Traqueostomía permanente.

Los cuidados básicos de los pacientes con traqueotomía incluyen la aspiración de las secreciones tanto bucofaríngeas (para mantener libre de moco las vías respiratorias) como las traqueobronquiales (para evacuar las secreciones o mucosidades que puedan estar acumuladas en árbol bronquial) y el cambio de cánula (que implica la limpieza o desinfección de la abertura o estoma y la inserción de una nueva cánula).

Protocolo de actuación conjunto de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y diplomado universitario en enfermería (DUE) para llevar a cabo cambio de cánula en paciente con traqueotomía:

- TCAE preparar el material necesario: guantes, gasas, antiséptico, jeringuillas, tijeras, pinzas, cánula, aspirador, etc.
- TCAE y DUE: lavado de manos y puesta de guantes.
- TCAE y DUE: presentarse al paciente, explicar al paciente el procedimiento al que va a ser sometido y pedir su colaboración.
- TCAE: situar el material necesario en el lugar apropiado.
- TCAE: colocar al paciente en posición de decúbito supino con hiperextensión cervical y colocar un rodillo bajo sus -hombros
- DUE: En caso de existencia de mucosidades o secreciones, aspirarlas.
- TCAE: preparar el antiséptico en una batea y suero fisiológico en otra.
- DUE; Aflojar la cánula interna y extraerla.
- TCAE: llevar a cabo la limpieza y desinfección de la cánula, este proceso se debe realizar con el cepillo utilizando antiséptico y una vez limpio proceder a su aclarado con suero fisiológico.
- DUE: Desinfectar estoma, poner cánula y proceder a su sujeción con las cintas correspondientes.
- TCAE: acomodar al paciente, recoger todo el material utilizado, depositándolo en los contenedores adecuados para su recogida de acuerdo a las medidas estable-

cidas en el centro hospitalario.

- DUE y TCAE: quitarse guantes y proceder al correspondiente lavado de manos.
- DUE: Registrar el procedimiento con las posibles incidencias acaecidas durante este, así como fecha y hora, personas intervinientes, etc.

5 Discusión-Conclusión

Por lo general el paciente con traqueotomía, especialmente si es reciente, presenta un gran nivel de frustración por el cambio que ha sufrido su vida por lo que es fundamental que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería conozcan a la perfección todo el material que es necesario para llevar el cambio de una cánula, sepan desinfectar a correctamente la cánula para no producirle ningún tipo de infección y manejen adecuadamente el protocolo de actuación para llevar a cabo el cambio de una cánula, de forma que la ayuda que se les solicite sea efectiva y, de esta forma, se hará el cambio en el menor tiempo posible, lo que conlleva el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
3. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
4. Técnicas básicas de enfermería. Smartbook.
5. <https://etimologias.dechile.net/?traqueostomi.a>.
6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2016/aom162k.pdf>.
7. <https://www.revistadepatologiasrespiratoria.org>.

Capítulo 232

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN. LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

1 Introducción

Se entiende como centro hospitalario a la localización física donde se lleva a cabo una atención médica especializada. A estos centros sanitarios acuden aquellos pacientes a los que la atención primaria no puede abastecer sus necesidades médicas y requiere de una actuación más especializada por parte del equipo médico y de enfermería.

Los centros hospitalarios están formados por multitud de servicios en los cuales se lleva a cabo una atención continuada e integral del paciente. Es por ello, por

lo que dentro de una misma institución sanitaria se encuentra: servicio de urgencias, quirófanos, unidad de cuidados intensivos, laboratorios, plantas de hospitalización, hemodinámica, hemodiálisis, hospital de día de oncología, paritorio y consultas externas de todas las especialidades médicas.

Las plantas de hospitalización son aquellas unidades en las que son ingresados los pacientes que requieren de la realización de más pruebas exploratorias y diagnósticas para determinar la causa de sus dolencias, al igual que establecer un tratamiento para su mejoría y su futura alta médica.

El funcionamiento de las plantas de hospitalización es durante las 24 horas del día, los 365 días del año llevando a cabo una atención continuada del paciente en dos o tres turnos de trabajo establecidos por la dirección de cada centro hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento de las plantas hospitalización de un centro sanitario.
- Detallar las actuaciones realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Actuaciones realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización.

- Tomar las temperaturas al inicio de cada turno y anotarlas en el sistema informático determinado para ello.
- Realizar los aseos diarios de aquellos pacientes dependientes que no puedan bañarse o asearse por su propia iniciativa.

- Ayudar a aquellos pacientes independientes a ir al baño cuando tienen dificultades para caminar o sostenerse de pie.
 - Administrar oxigenoterapia a aquellos pacientes que le indique el equipo de enfermería.
 - Realizar el cambio de lencería de cama de todos los pacientes hospitalizados que tenga a su cargo.
 - Deambular con los pacientes por los pasillos cuya actuación ha sido ordenada por el equipo médico.
 - Participar junto al equipo de enfermería durante las curas de las heridas de los pacientes y especialmente de las úlceras, puesto que deberá ir proporcionando material al equipo de enfermería durante dichas curas.
- Funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización.
- Reparto de artículos de aseo a primera hora de la mañana para que los pacientes autónomos puedan bañarse o asearse cuando ellos quieran.
 - Solicitar al servicio de cocina las dietas establecidas para cada paciente teniendo en cuenta su diagnóstico y posibilidades físicas, teniendo en cuenta las dietas absolutas, las restricciones, las diabéticas, las adstringentes, etc.
 - Repartir los desayunos, comidas, meriendas y cenas de los pacientes autónomos.
 - Preparar los carros de lencería una vez finalizado el turno de aseo de los pacientes y la realización de las camas.
 - Rellenar los carros de curas del equipo de enfermería una vez finalizadas las curas de los pacientes.
 - Posicionar la ropa sucia en bolsas y cerrarlas adecuadamente para depositarlas en las jaulas destinadas para ello.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización. La actuación del TCAE” nos demuestra las funciones desarrolladas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el desarrollo de sus funciones y las plantas de hospitalización.

Como se ha podido comprobar, las actuaciones se clasifican en dos grupos principalmente: las actuaciones que se realizan directamente con el paciente y las actuaciones generales realizadas en la planta con la finalidad de atender al paciente en un futuro próximo. Cabe destacar que es tan importante la realización de unas actividades como de las otras, sin embargo ante situaciones de urgencia

el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá saber cuál es la prioridad, dejando a un lado aquellas actividades secundarias en ese momento.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 233

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

ESTELA SUAREZ CAO

1 Introducción

Las enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas, requieren una atención continua y un enfoque multidisciplinario. Los TCAE desempeñan un papel esencial en el manejo de estas condiciones, contribuyendo a la atención integral y al bienestar general del paciente. Las enfermedades crónicas representan una carga significativa para el sistema de salud y la calidad de vida de los pacientes. Estas enfermedades suelen tener causas múltiples que incluyen el factor genético, factores ambientales y de comportamiento. A menudo son de naturaleza no contagiosa, no se van a transmitir de persona a personas. Este tipo de enfermedades pueden causar síntomas persistentes y en muchos casos pueden conducir a la discapacidad o a complicaciones graves si no se manejan adecuadamente. Van a requerir un enfoque integral para el tratamiento y manejo de este tipo de enfermedades, desde incluir cambios en el estilo de vida, medicamentos, terapia y seguimiento médico regular. El manejo de estas enfermedades se va a centrar en mejorar la calidad de vida del paciente, prevenir complicaciones y reducir el impacto negativo en su bienestar general.

El TCAE por lo tanto, no solo va a ayudar a los pacientes desde la realización de las actividades básicas de la vida diaria; sino que además, va a aliviar la carga de trabajo del personal de enfermería y médico.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es explorar las responsabilidades clave de los TCAE en el manejo las enfermedades crónicas y su colaboración con otros profesionales de la salud y las estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes académicas y científicas para recopilar los datos para realizar este estudio científico. Se han buscado términos como "el TCAE en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas" además del concepto de "Enfermedad crónica".

4 Resultados

Los TCAE desempeñan un papel activo en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas.

Entre sus responsabilidades se encuentran:

1. Asistencia en las actividades de la vida diaria.
2. Control y asistencia de medicamentos, ya que muchos pacientes van a requerir medicamentos de forma regular.
3. Monitorización de los signos vitales.
4. Apoyo emocional: esto lo pueden realizar ofreciendo conversaciones amigables a los pacientes y transmitiendo tranquilidad al paciente.
5. Movilización y cuidado postural.
6. Mantenimiento de registros de las actividades realizadas. Se debe tener toda la información registrada de manera ordenada y detallada.
7. Comunicación: el TCAE va a actuar como enlace entre los pacientes, sus familias y el personal médico.
8. Colaboración en la implementación del plan de cuidados.
9. Mantener el entorno seguro y limpio.
10. Observación y detección de cambios del estado del paciente.

Para que se cumpla una atención de calidad es importante que exista una colaboración interdisciplinaria para el manejo efectivo de las enfermedades crónicas. Los TCAE trabajan en equipo con enfermeros, médicos, nutricionistas y terapeutas para asegurarse de que los pacientes reciban una atención integral y coherente. Su capacidad para comunicar observaciones y cambios en la condición del paciente es fundamental para el seguimiento y ajuste de los planes de atención. Otra responsabilidad que tiene el TCAE es el apoyo a la autonomía y el bienestar: los TCAE desempeñan un papel importante en el empoderamiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Ayudan a los pacientes a desarrollar habilidades de autocuidado, como el control de la glucosa en sangre, la administración de medicamentos y la gestión de la dieta. Esta educación y apoyo contribuyen a la mejora de la calidad de vida y al control de la enfermedad.

Además de las responsabilidades propias de su puesto de trabajo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se va a enfrentar a desafíos como la necesidad de adaptarse a diferentes situaciones clínicas y la gestión de pacientes con múltiples condiciones. Sin embargo, también tienen la oportunidad de marcar una diferencia significativa al proporcionar un cuidado constante y compasivo ante los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel vital en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, proporcionando apoyo en el cuidado médico y en la promoción del bienestar emocional y físico. Su colaboración con otros profesionales de la salud y su enfoque en la educación y el empoderamiento de los pacientes son esenciales para lograr un manejo efectivo de estas condiciones. Al fortalecer su formación y su capacidad de comunicación, la presencia de los técnicos auxiliares de enfermería pueden mejorar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y contribuir a una atención integral de calidad y efectiva.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/atencion-tcae-enfermo-cronico/#::text=En%20resumen%2C%20el%20TCAE%20tiene,educaci%C3%B3n%20y%20el%20apoyo%20emocional.>
<https://congresosicepa.com/tcae-paciente-cronico-terminal/>

https://www.cronicidadhoy.es/arxiu/imatgesbutlleti/CUIDADOS-AL-PACIENTE-CRONICO_Edicion-BOEHRINGER-2020.pdf

Capítulo 234

EL FISIOTERAPEUTA ANTE LA INCONTINENCIA URINARIA

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

SILVIA VILLAR GOMEZ

JESUS GARCÍA MORENO

1 Introducción

La incontinencia urinaria es una afección común que se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina. Puede afectar a personas de todas las edades y géneros, aunque es más común en mujeres y adultos mayores. Esta condición puede variar en gravedad, desde pérdidas leves hasta episodios más severos que impactan significativamente la calidad de vida.

Las causas de la incontinencia urinaria son diversas e incluyen factores como el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico, trastornos neurológicos, enfermedades del tracto urinario, cirugía previa, y factores genéticos. Los tipos más comunes de incontinencia incluyen la incontinencia de esfuerzo (causada por la presión sobre la vejiga al toser, reír o levantar objetos), la incontinencia urge (caracterizada por un fuerte deseo repentino de orinar) y la incontinencia mixta (que combina características de ambos tipos).

El diagnóstico de la incontinencia urinaria implica una evaluación médica completa que puede incluir análisis de orina, estudios de la función vesical y evaluación neurológica. El tratamiento varía según la causa y la gravedad, e incluye cambios en el estilo de vida, terapia física, medicamentos y cirugía en casos graves.

La gestión de la incontinencia también involucra estrategias de autocuidado, como mantener un peso saludable, evitar la cafeína y el alcohol, practicar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel) y mantener una rutina regular de evacuación de la vejiga.

La incontinencia urinaria puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, incluyendo efectos emocionales como la vergüenza y la ansiedad. Por lo tanto, es fundamental buscar atención médica y apoyo para abordar esta afección de manera efectiva y mejorar la calidad de vida. La educación y la conciencia pública también son importantes para desestigmatizar esta condición y brindar apoyo a quienes la experimentan.

2 Objetivos

Explicar las funciones que tiene el fisioterapeuta dentro del ámbito hospitalario para un mayor conocimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en el manejo de la incontinencia urinaria, ya que esta condición puede estar relacionada con debilidad o disfunción de los músculos del suelo pélvico y otros factores musculares. Aquí se describen las funciones clave del fisioterapeuta en la incontinencia urinaria:

Evaluación completa: El fisioterapeuta realiza una evaluación exhaustiva que incluye la historia clínica del paciente, sus síntomas y una evaluación física. Esto puede involucrar pruebas de la función del suelo pélvico, la fuerza muscular y la coordinación.

Diseño de un plan de tratamiento personalizado: Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta desarrolla un plan de tratamiento individualizado que aborda las necesidades específicas del paciente. Esto puede incluir ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, técnicas de biofeedback y educación sobre el control de la vejiga.

Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico: El fisioterapeuta enseña ejercicios de Kegel y otras técnicas de fortalecimiento del suelo pélvico que ayudan a fortalecer los músculos responsables de controlar la vejiga. Estos ejercicios se personalizan según las necesidades del paciente.

Técnicas de biofeedback: Utilizando equipos de biofeedback, el fisioterapeuta ayuda al paciente a comprender y mejorar la función de los músculos del suelo pélvico. Estas técnicas permiten al paciente visualizar y comprender mejor cómo controlar los músculos relevantes.

Educación y modificación del estilo de vida: El fisioterapeuta educa al paciente sobre factores de estilo de vida que pueden contribuir a la incontinencia, como la dieta y la hidratación. Proporciona pautas para evitar irritantes de la vejiga y establece una rutina de evacuación de la vejiga.

Seguimiento y ajustes: A medida que el paciente progresa en su tratamiento, el fisioterapeuta realiza seguimientos regulares para evaluar el progreso y realizar ajustes en el plan de tratamiento según sea necesario.

Coordinación del cuidado: El fisioterapeuta trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y enfermeras, para garantizar una atención integral y coordinada del paciente.

Apoyo emocional: La incontinencia urinaria puede tener un impacto emocional significativo en el paciente. El fisioterapeuta brinda apoyo emocional al paciente, aborda sus preocupaciones y alienta la confianza en el proceso de recuperación.

El fisioterapeuta desempeña un papel esencial en el tratamiento de la incontinencia urinaria al proporcionar evaluación, diseño de un plan de tratamiento personalizado, ejercicios de fortalecimiento, técnicas de biofeedback, educación,

seguimiento y apoyo emocional. Su enfoque integral contribuye a mejorar la función del suelo pélvico y la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del fisioterapeuta para el paciente con retención urinaria es realizar regularmente ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, específicamente los ejercicios de Kegel. Estos ejercicios son efectivos para fortalecer los músculos que controlan la vejiga y pueden ayudar a mejorar el vaciado de la misma.

La técnica básica de los ejercicios de Kegel implica contraer los músculos del suelo pélvico durante unos segundos y luego relajarlos. Repita este proceso varias veces al día. La constancia en la práctica es esencial para obtener resultados positivos.

Además, es importante mantener una adecuada hidratación y seguir las indicaciones médicas. Evite restringir el consumo de líquidos en exceso y siga una dieta equilibrada.

Recuerde que la retención urinaria puede tener diversas causas, por lo que es esencial consultar a un fisioterapeuta o médico para obtener una evaluación completa y un plan de tratamiento personalizado. Los ejercicios de Kegel son una parte importante de ese tratamiento y pueden contribuir significativamente a mejorar la función de la vejiga.

6 Bibliografía

Duque, S., Sánchez, J. G., & Rangel, J. (2008). Retención urinaria aguda por migración uretral de proyectil de arma de fuego. *Revista Urología Colombiana*, 17(2), 139-142.

Capítulo 235

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

NATALIA LOPEZ GARCIA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

La mayoría de los jóvenes ahora son consumidores de algún tipo de droga, pero son muchas las patologías que derivan de ese consumo no responsable. Muchas de las drogas actuales han saltado en los medios de comunicación debido a las atrocidades que producen, canibalismo, etc.

Podemos definir droga como cualquier sustancia vegetal, animal o sintética que se pueda emplear para tratar una enfermedad, calmar un síntoma o modificar un proceso químico en el cuerpo con un propósito determinado. Además, se considera droga a la sustancia que crea dependencia a quien la consuma.

Las drogas tienen diferentes presentaciones, en las cuales pueden ser inhaladas, parenterales o administradas por vía oral. Se ha encontrado en nuestra búsqueda

que ya en los años 3000 existen hojas de coca, las cuales se utilizaban como analgésico.

También se podían utilizar las drogas en rituales en los que los aztecas consideraban que este tipo de droga curaba al paciente. Podemos corroborar que el fármaco no tiene las mismas funciones que una droga.

El fármaco se utiliza para uso terapéutico, mientras que la drogas, incluso cuando se introducen en el organismo, modifican algunas situaciones, incluso mentales, euforia, alucinaciones. También son pocas personas las que una vez que consumen algún tipo de droga lo dejan por voluntad propia.

2 Objetivos

- Describir las funciones del personal TCAE en cuanto a las personas drogadictas que acuden a un centro hospitalario.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Actualmente, mucha juventud consumen todo tipo de drogas, por lo que los institutos deberían de concienciar más a los jóvenes sobre una campaña informativa sobre que son las drogas y los efectos negativos que conlleva el consumo de ellas para que se den cuenta y cada vez haya menos gente que consuma este tipo de sustancias nocivas.

El verdadero problema del consumo de este tipo de drogas, es que estas personas no se dan cuenta hasta que tienen un grado de dependencia por las drogas demasiado alto y es cuando se convierten en grandes adictos.

También el consumo de este tipo de sustancias puede llevar problemas en el día a día en nuestras vidas como en la educación de las personas, puesto que no

sabemos lo que podemos hacer bajo los efectos de la droga porque no somos conscientes, la economía puede verse afectada por la compra en exceso de este tipo de sustancias, la legalidad puesto que podemos meternos en problemas legales porque es algo ilegal y otros muchos más problemas.

Muchos empiezan a consumir drogas porque sus amigos les hayan invitado a probarlo y por curiosidad hayan aceptado y les haya gustado la sensación o les haya hecho sentirse bien, por problemas familiares o de otro tipo y para evadirse de la realidad, puesto que cuando están bajo los efectos de la droga viven felices o para integrarse en un grupo donde el resto de amigos consumen drogas.

Algunas de las funciones del TCAE pueden ser:

- Ayudar a la persona a reconocer que tiene un problema con las drogas.
- Buscar ayuda apoyándole para que acuda a un centro de rehabilitación.
- Intentar ayudarle a adquirir hábitos de vida saludables.
- Apoyarle en todo momento.
- Respetarle y apoyarle en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

El personal TCAE es un miembro valioso del equipo multidisciplinario que trabaja en cualquier centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 236

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA EN EL PUERPERIO

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

NATALIA LOPEZ GARCIA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

El papel del Técnico Auxiliar de Enfermería es ayudar y apoyar a otros profesionales médicos, como médicos y enfermeras. Además de atender sus necesidades, también debe trabajar para preparar al paciente. Su trabajo del Técnico Auxiliar de Enfermería se puede realizar en una variedad de servicios y unidades.

En este artículo se describen las funciones que desempeñan en la industria obstetricia. La mayoría de los nacimientos se dan en mujeres que inicialmente no tienen factores de riesgo ni para sus complicaciones ni para sus bebés. Sin embargo, las complicaciones durante el parto pueden aumentar significativamente el riesgo de enfermedad y muerte, lo que hace que dar a luz sea crucial tanto para la supervivencia de las mujeres como de sus hijos por nacer.

Debido a esto, el cuidado que se brinda durante este tiempo es muy importante para la madre y el niño. El período puerperal comienza después del parto. Durante este tiempo, el cuerpo de una mujer experimenta una serie de cambios y se recupera casi por completo del embarazo.

Las glándulas mamarias son una excepción porque es el momento en que comienzan a funcionar y alcanzan su máximo potencial. Normalmente, esta fase dura de 6 a 8 semanas.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el proceso de puerperio y sus principales cuidados.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En esta unidad es importante que el personal muestre profesionalidad y empatía, ya que la madre pasa por momentos de dolor, pero también nerviosismo y preocupación para que todo evolucione favorablemente, sin complicaciones para ella misma ni para el bebé, por lo que un trato cordial y familiar facilitará estos momentos, sobre todo cuando es la primera vez que pasan por el proceso de parto y puerperio.

En el puerperio, el TCAE, ayudará realizando una serie de funciones:

- Apoyo a la matrona, al DUE y a cualquier facultativo que necesite de sus funciones en los diferentes momentos desde que ingresa en el hospital para dar a luz, cuando se produce el parto y en el postparto. - Apoyo a la madre: en las dudas que tenga sobre los síntomas que empiezan a aparecer, como pérdidas de sangre, dolor de pechos, contracciones dolorosas del útero, una lactancia que se demora en aparecer, dudas si dar el pecho o no, enseñarle a cambiar pañales y

como vestir y desvestir al bebé de forma segura, observar si aparecen sentimientos de tristeza o de no estar haciéndolo bien, sensación de no ser buena madre, etc.

- Preparar la cuna al lado de la madre, colocándole al bebé una pulsera con los datos personales de la madre y de la habitación.
- Tomar las constantes vitales y ver que va evolucionando favorablemente. - Colaborar en que la madre pueda descansar, pidiendo silencio en las habitaciones y pasillos o si hay demasiadas visitas.
- Ayudar en la ducha y en el aseo perineal, ya que habrá dolor, inflamación y puntos de sutura.
- Instarle a que empiece a andar conforme vaya encontrándose mejor, que se alimente bien y beba bastante líquidos.
- Control de diuresis: sobre todo la primera micción espontánea en las primeras 24 horas si hablamos de parto natural, si fuera cesárea se lleva a cabo un seguimiento y los cuidados de la sonda.
- Recoger los materiales de desecho.
- Reponer el material del carro de curas y de los carros de textil, así como poner sábanas limpias en la cama de la madre y la del bebé.
- Una vez que se produzca el alta hospitalaria, se quitarán todos los elementos usados por la paciente para su posterior desinfección.
- Informar a enfermería de cualquier incidencia que pueda surgir. Se estará vigilante ante algunas complicaciones en esta etapa como puede ser: que no suba la leche, infecciones puerperales (aparece entre el segundo y hasta el décimo día tras el parto), dolor en las mamas tras la aparición del calostro, aparición de trombosis venosas, tristeza, depresión, taquicardias, etc.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Tras el parto, el cuerpo de la mujer debe de recuperarse y volver a su estado anterior al embarazo, para ello deberá de transcurrir un tiempo y unos síntomas comunes que el equipo médico y de enfermería deberá de observar soluciones dentro de los parámetros normales, como son : las contracciones del útero, pérdidas de sangre, disfunción urinaria e intestinal, dolor en los pechos y genitales, etc.

El TCAE estará en todo momento pendiente de la madre, de la toma y registro de constantes, la evolución de heridas, cicatrices, acomodando la habitación y la cuna, velando por la tranquilidad de ambos.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 237

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ARTROPLASTIA COMPLETA DE CADERA DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

NATALIA LOPEZ GARCIA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

El papel del Técnico Auxiliar de Enfermería es ayudar y apoyar a otros profesionales médicos, como médicos y enfermeras. Además de atender sus necesidades, también debe trabajar para preparar al paciente. Su trabajo del Técnico Auxiliar de Enfermería se puede realizar en una variedad de servicios y unidades.

La artroplastia completa de cadera es un procedimiento quirúrgico utilizado para reemplazar una articulación de cadera dañada o desgastada por una prótesis ar-

tificial. Esta intervención se realiza con el objetivo de aliviar el dolor, mejorar la función y restaurar la movilidad en pacientes con enfermedades degenerativas de la articulación de la cadera, como la osteoartritis o la artritis reumatoide, así como en casos de fracturas graves de cadera.

Durante la artroplastia completa de cadera, se retira la cabeza del fémur y se reemplaza con una bola metálica colocada en el extremo superior del fémur. La cavidad de la cadera también se remodela y se inserta una copa de metal o cerámica en el hueso pélvico.

Estos componentes se unen mediante una pieza llamada vástago, que se inserta en el canal del fémur. En algunos casos, también se puede utilizar cemento óseo para asegurar la prótesis en su lugar. La cirugía de artroplastia completa de cadera se realiza bajo anestesia general o regional y requiere una estancia hospitalaria de varios días.

Después de la cirugía, se proporciona fisioterapia y rehabilitación para ayudar al paciente a recuperar la fuerza y la movilidad de la cadera. El tiempo de recuperación puede variar, pero generalmente se necesitan varias semanas para poder caminar con normalidad y varios meses para lograr una recuperación completa.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar las distintas tareas que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en lo referido en el título.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en la intervención de artroplastia de cadera completa, brindando apoyo y asistencia tanto al equipo quirúrgico como al paciente.

A continuación, se detallan algunas de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante esta intervención:

Preparación del material y del quirófano: El técnico colabora en la preparación del material quirúrgico necesario para la artroplastia de cadera completa. Esto implica asegurarse de que todos los instrumentos estén esterilizados y listos para su uso.

También se encarga de preparar el quirófano, asegurando la limpieza y disposición adecuada de los equipos y suministros necesarios para la cirugía.

Asistencia durante la cirugía: Durante la intervención, el técnico está presente en el quirófano para brindar apoyo al equipo quirúrgico. Esto puede incluir pasar los instrumentos quirúrgicos al cirujano, mantener el campo quirúrgico limpio y despejado, y estar atento a las necesidades del equipo.

También es responsabilidad del técnico asegurar la correcta gestión y etiquetado de las muestras tomadas durante la cirugía.

Control de la seguridad y esterilidad: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene la función de garantizar que se sigan los protocolos de seguridad y esterilidad durante toda la intervención. Esto implica asegurarse de que se mantengan las técnicas de asepsia y control de infecciones, así como mantener el ambiente quirúrgico libre de contaminantes y controlar el uso adecuado de los equipos de protección personal.

Asistencia al paciente: El técnico también brinda apoyo y asistencia al paciente antes, durante y después de la intervención. Esto puede incluir ayudar al paciente a prepararse para la cirugía, brindarle comodidad y seguridad en la sala de operaciones, y colaborar en la movilización y el traslado del paciente al área de recuperación postoperatoria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 238

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y COMO EVITAR LA ENTRADA DE PATÓGENOS DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

1 Introducción

Cuando hablamos de asepsia nos referimos a la técnica de saneamiento con la que pretendemos destruir los microorganismos patógenos que hay en las personas, animales y superficies para intentar impedir la penetración de los gérmenes en un lugar donde antes no los había. Otro término relacionado es la antisepsia, que es la destrucción de los gérmenes por medio del empleo de productos antisépticos. Tanto para la asepsia, como para la antisepsia se pueden utilizar procedimientos físicos, químicos y biológicos que consiguen que se eliminen microorganismos que puedan contaminar cualquier tipo de tejido.

La asepsia quirúrgica es la esterilización completa, intentando conseguir la ausencia casi total de bacterias, pero también la de microorganismos que de una forma inofensiva existen en la superficie o en el interior del organismo.

Es un objetivo prioritario en los quirófanos y áreas quirúrgicas y necesario para prevenir la contaminación de microbios y bacterias durante una cirugía, pero también antes y después de la misma. Siempre se deben emplear materiales y técnicas estériles para garantizarlo.

La aplicación estricta de estos protocolos de actuación minimiza las probabilidades de una posible contaminación y las consecuencias que esto conlleva. Utilizaremos un campo estéril donde colocaremos el material previamente esterilizado, de esta forma evitaremos cualquier contaminación por contacto. Si hubiera alguna duda sobre la esterilidad del material deberíamos desecharlo de inmediato considerándolo material no estéril.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer el protocolo de actuación de asepsia antes, durante y después de una intervención quirúrgica por parte de un TCAE.

Objetivo secundario

- Explicar el procedimiento de asepsia tanto en el paciente como en el material y el personal dentro de la zona quirúrgica, en concreto un TCAE.

3 Metodología

Para la edición del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre las principales reglas de la asepsia quirúrgica.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Generales:

- Los objetos y superficies estériles pueden estar en contacto unos con otros, conservando esta característica.

- El contacto de un objeto no estéril con otro que sí lo es, hace que una zona estéril deje de serlo.
- Ante la duda sobre la esterilidad de un objeto, optaremos por desechar el material, ya que se considerará no estéril o contaminado.
- Cada vez que un material estéril se utilice no podrá ser utilizado en otra situación diferente. Tendremos en ese caso que higienizar y esterilizar el instrumental para poder volver a utilizarlo en otra intervención. Incluso los materiales estériles no usados deben desecharse o volverse a enviar al servicio de esterilización antes de volver a utilizarlos.

2. Para el personal asistencial:

- El personal estéril después de haberse realizado el lavado prequirúrgico permanecerá dentro del quirófano, ya que si sale de la zona quirúrgica pierde la esterilidad. Para volver a entrar debe empezar el ciclo de lavado prequirúrgico y la colocación de nueva ropa estéril.
- Los uniformes de trabajo usados por el personal deben estar estériles antes de su colocación. Las manos han de colocarse hacia adelante y por encima de la cintura para evitar contaminación en los guantes estériles que ya se han colocado.
- Todo el personal que no forme parte del personal estéril, permanecerá en la periferia del área de operación, a una distancia de seguridad de 30 cm como mínimo.
- Todo el personal que se encuentre alrededor o dentro del campo estéril debe de hacerlo garantizando su esterilidad.

3. Técnicas para cubrir el campo operatorio con paños estériles:

- Se debe cubrir la mesa de operaciones y el cuerpo del paciente con paños estériles, se extienden de adelante hacia atrás intentando cubrir una superficie bastante más extensa de la que vamos a necesitar.
- Las porciones de sábanas que cuelgan por los bordes no se consideran estériles.
- Los paños estériles se fijan por medio de grapas, pinzas o material adhesivo para evitar caídas o movimientos que puedan entorpecer.
- Cualquier desperfecto de la sábana, ya sea rotura o desgarró que permita el acceso a una superficie no estéril hay que sustituirla.

4. Suministros de material estéril:

- Los paquetes que contienen el material deben estar cerrados de tal forma que puedan abrirse con facilidad garantizando siempre la esterilidad de su contenido.
- El material estéril se deposita sobre el campo estéril de forma que no se pierda la esterilidad del objeto.
- Los bordes de las cajas que contienen los materiales estériles, o el labio externo de botellas o frascos no se consideran estériles.

-Los artículos estériles se dejan caer a una distancia razonable del borde del área estéril, evitando el contacto con los brazos del personal no estéril.

5. Líquidos:

Los líquidos estériles se vierten desde una altura suficiente para evitar que el recipiente estéril o cápsula que los recibe tenga contacto en la zona estéril, intentando evitar que se produzcan salpicaduras que puedan contaminar el resto del instrumental.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la situación de asepsia quirúrgica requiere de unos cuidados especiales por la vulnerabilidad que presenta el paciente antes, durante y después de la cirugía.

Es responsabilidad el personal sanitario conocer los principales protocolos para cuidar el manejo durante estos periodos. Para ello disponemos de protocolos y técnicas que el personal sanitario como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería puede consultar y utilizar que se encuentra en formato papel o digital. Por ello, debe existir la formación concreta en este tipo de unidades o servicios. En la actualidad, se espera que todo hospital cuente con estrategias y protocolos en asepsia, en cada una de sus herramientas, para garantizar una atención segura a todos los pacientes.

6 Bibliografía

1. Lucy Jo Atkinson, RN, BSN, MS. Nancymarie Fortunato, RNH, BSN, BA, Med, RNFA, CNOR. Berry & Kohn's. Técnicas de quirófano. Octava edición. Editorial Harcourt Brace.
2. Patricia Gauntlett Beare, RN, PhD. Judith L. Myers, RN, MSN. Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica. Volumen I. Segunda edición. Editorial Mosby/Doyma libros.
3. <https://revistamedica.com/asepsia-esterilidad-quiropano/>
4. <https://cirugia.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2020/10/AsepsiayAntisepsia.pdf>

Capítulo 239

LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

1 Introducción

Para comenzar este trabajo, podemos decir que el Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales que son : Atención Primaria y Atención Especializada La Atención Primaria proporciona a toda la población una serie de servicios básicos en los llamados Centros de Salud, donde trabajan equipos formados tanto por médicos de familia ,pediatras, personal de enfermería ,personal de TCAE ,y personal administrativo.

La colaboración que hay entre los distintos profesionales es importante para así poder dar al paciente una atención de calidad, y asegurarse de que este reciba el

tratamiento y cuidados necesarios para su recuperación y mantenimiento de su salud con el objetivo de mejorar la salud y bienestar de la población.

Los servicios primarios son los servicios de salud de primer nivel, que aseguran la integralidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente.

Todas las actividades que se realizan en los centros de salud están dirigidas a las personas, familias y comunidades.

La atención primaria debe ser considerada un factor importante en el sistema de salud, porque tiene un papel primordial como indicador del nivel de salud pública y porque es muy importante en términos de curación y prevención de enfermedades para la promoción de la salud.

La atención primaria debe prestar servicios de acuerdo con las necesidades de cada persona y hacer frente a muchos problemas.

2 Objetivos

- Describir de forma general cuáles son las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de Atención Primaria.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE es una de las personas que integran el equipo de personal médico y no médico que forma la Asistencia Primaria. En cuanto a las funciones específicas de los técnicos auxiliares de enfermería complementarios en los servicios de atención primaria, podemos mencionar algunas de estas funciones entre las que destacamos las siguientes:

- Ha de Colaborar en las pruebas diagnósticas, pero siempre bajo la supervisión del personal de enfermería.

- Los técnicos auxiliares de enfermería participan en la elaboración de los diagnósticos regionales de salud, colaboran en la tarea de planificar, organizar y evaluar el programa de salud propio del centro.
 - Otra función que pueden realizar es contribuir a los proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se llevan a cabo en el Centro de Salud.
 - Los TCAE realizan tareas relacionadas con la higiene, vestir o desvestir al paciente y asistirlo cuando sea necesario.
 - Participan en el proceso de suministro de medicamentos, consumibles y herramientas.
 - También se pueden encargar de la revisión y reposición de medicamentos, consumibles y equipos en salas de emergencia, salas de tratamiento y consultas.
 - Realizan algunas tareas de apoyo requeridas para otro personal de atención médica, especialmente trabajando en estrecha colaboración con las enfermeras.
- Es importante que el TCAE tenga mucha empatía y trato respetuoso con el paciente, haciéndolo sentir cómodo, especialmente si realizamos tareas de higiene con él o donde se establece contacto físico.

Por otro lado, es importante que los TCAE conozcan el uso de los materiales que se encuentran en los vehículos de emergencia, así como una adecuada educación continua. Los Servicios de Atención Primaria, al igual que los demás servicios, están formados por un equipo multidisciplinario, en el que debe estar involucrado todo el personal de salud por el bien de la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Destacamos la importancia de que, para una adecuada Atención Primaria y Atención Especializada, los Técnicos Auxiliares de Enfermería tengan una buena formación para la prestación de todos los servicios, así como de promover y prevenir una adecuada atención a los enfermos, y contribuir a mejorar la calidad de los enfermos y de un sistema de Salud bueno. Es importante también una buena coordinación en los distintos niveles para la optimización y racionalización del manejo de los recursos humanos y materiales. Un proceso donde la coordinación no sea efectiva conducirá a una sociedad desordenada, con lo que se multiplicarán los gastos tanto de recursos humanos como materiales.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.

2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 240

PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA Y EL CUIDADO DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, vamos a empezar por definir la oxigenoterapia.

La oxigenoterapia es un tratamiento que ha sido prescrito por un personal médico y que consiste en proporcionar a un paciente la cantidad de oxígeno necesaria para prevenir, suplir o tratar cualquier deficiencia de oxígeno que pueda presentarse en las células, sangre, tejidos o tejidos.

Solo para ayudar a pacientes con síntomas de insuficiencia respiratoria aguda o crónica. Los objetivos principales de la oxigenoterapia son: promover la comodidad del paciente y la adaptación a la oxigenoterapia, tratar la hipertensión

pulmonar, prevenir la hipoxemia, proporcionar oxígeno en las cantidades adecuadas al paciente que lo necesite, facilitar la adaptación a la oxigenoterapia, proporcionar lo necesario y los cuidados necesarios, así como reducir el trabajo respiratorio y cardíaco

El uso terapéutico de la oxigenoterapia es importante en la terapia respiratoria. El principal objetivo de esta terapia podemos decir que es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos, que es transportado por la hemoglobina, reduciendo así el trabajo respiratorio y del corazón y manteniendo constante la presión de oxígeno. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) deben ayudar a mejorar la comodidad y el bienestar de los pacientes e informar al personal de enfermería de cualquier complicación que pueda surgir, para minimizar la entrada de contaminantes en las vías respiratorias

2 Objetivos

- Definir los conocimientos que debe tener el técnico auxiliar en cuidados de enfermería, TCAE, en pacientes que necesitan oxígeno, y los diferentes mecanismos que existen para su aplicación.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Después de haber visto en apartados anteriores que es la oxigenoterapia, en este apartado vamos a centrarnos en que consiste la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de oxigenoterapia.

Por lo tanto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a consistir en verificar que el equipo de oxígeno esté colocado correctamente en su lugar y que funciona correctamente.

A continuación, ayudándose de una boquilla comprobará que el flujo es el necesario y que el humidificador este siempre lleno de agua para que no se doble cuando esté estirado.

Otras funciones que realiza son:

- Con respecto a los materiales: ha de controlar que el centro de oxígeno, el medidor de flujo o el regulador de flujo funcionen bien, llenar o reemplazar el humidificador con agua destilada y limpiar, desinfectar o cambiar todos los materiales usados para un solo uso.
- Sobre el paciente: el TCAE tiene que informar al paciente de cuáles son las próximas actuaciones que se van a realizar, evaluar las úlceras por presión tanto en oídos, mejillas y nariz entre algunas otras.

Los auxiliares de enfermería tienen que tener una comprensión y conocimientos mínimos de los conceptos necesarios para la atención de pacientes con enfermedades respiratorias, tales como:

- Medición de gases.
 - Hipoxemia.
 - Oxímetro de pulso.
 - Falta de oxígeno. Entre los materiales que utilizan los auxiliares de enfermería para darles oxígeno a los pacientes tenemos los siguientes:
 - Salida de oxígeno que se encuentra ubicada en la parte delantera de la cama.
- Las bombas de oxígeno se utilizan cuando se traslada a los pacientes.
- Cremas hidratantes para hidratar las mucosas, ya que el oxígeno las seca.
 - Suministros de oxígeno, incluidas cánulas o cánulas nasales, máscaras venturi, máscaras improvisadas, máscaras con reservorio y bolsas.
 - Caudalímetro para medir el suministro de oxígeno en litros por minuto.
 - Reductor de presión para medir la presión de oxígeno en el cilindro.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, son varios conocimientos que se deben tener a la hora de aplicar oxígeno a pacientes. Es imprescindible saber qué es el oxígeno y la importancia vital que tiene en las reacciones de oxigenación producidas en el metabolismo celular. También es importante conocer las formas terapéuticas en las que podemos encontrarlo y las técnicas existentes para su aplicación.

Por último, decir que hay estudios que avalan que los enfermos que se les administra oxígeno en sus hogares de forma correcta, por lo general suelen vivir mas años y su calidad de vida se ve notablemente mejorada. En cambio, si el

oxígeno se administra de forma incorrecta, puede ocasionar efectos adversos en el paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 241

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA DISFAGIA EN PACIENTES CON ACIDENTES CEREBRO VASCULAR

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

1 Introducción

La disfagia es la dificultad que tiene una persona para tragar alimentos. Hay varios tipos de disfagia, cada uno dependiendo de la dificultad del paciente para tragar alimentos sólidos o líquidos de diferentes texturas, o ambos. La disfagia es una condición importante capaz de afectar el desarrollo de los pacientes debido a su impacto dramático en el sistema respiratorio y el estado nutricional. Estos problemas nutricionales pueden conducir a la pérdida de peso y masa muscular, pérdida de fuerza y apatía.

La disfagia orofaríngea se manifiesta como dificultad para mover los bolos de comida desde la boca hasta el esófago. Riesgo de asfixia del paciente y entrada de alimentos en la tráquea. La etiología es variada, incluyendo enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente cerebrovas-

cular (ACV), etc.), tumores faríngeos y divertículos faríngeos. Amigdalitis, faringitis o candidiasis. La disfagia esofágica impide que los bolos de comida pasen por el esófago hasta el estómago. Puede vomitar la comida ingerida. La etiología también es variada e incluye trastornos de la motilidad esofágica, anomalías cardiovasculares, tumores y esofagitis.

Después de un accidente cerebrovascular (CVA), la disfagia ocurre en el 22% al 65% de los pacientes y puede persistir durante meses. Su detección es una parte importante del tratamiento de la fase aguda del ictus.

En general, la disfagia ocurre en el 24 % al 45 % de los pacientes con enfermedad neurológica, pero en un estudio de 105 pacientes con enfermedad cerebrovascular, se encontró disfagia en el 13 % de los pacientes con enfermedad hemisférica unilateral. Alto como 71%. Con lesiones de tronco bilaterales.

2 Objetivos

- Describir los síntomas y signos de la disfagia y su tratamiento en pacientes con accidentes cerebrovasculares.
- Exponer tipos de dietas recomendadas para pacientes con disfagia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en artículos científicos existentes, mediante la realización de una búsqueda en las bases de datos tales como: PubMed, Scielo, Cinahl, o Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los síntomas de disfagia más comunes en pacientes con accidente cerebrovascular incluyen tos, carraspeo, cambios en el tono de voz, suciedad en la boca, babeo o insuficiencia nasal. El tratamiento para las personas con disfagia incluye mantener una buena higiene bucal, cepillarse los dientes después de las comidas y usar gasas con enjuague bucal en caso de que la persona no pueda cepillarse la boca.

El ambiente debe ser tranquilo para evitar distracciones o asfixia. No trague demasiado rápido masticando muy poco ni tome demasiados bocados a la vez. Las

instrucciones deben ser simples y específicas, y se debe hacer todo lo posible para que el paciente pueda comer de forma independiente y utilizar el equipo adecuado en todo momento. No use jeringas o pajitas para beber líquidos.

Cada paciente con disfagia tiene necesidades dietéticas únicas, y diseñar una dieta requiere saber cómo traga cada paciente. La disfagia severa o completa requiere alimentación por sonda enteral. Esta, se puede realizar usando una variedad de métodos, que incluyen sondas nasales o nasointestinales (SNG, SNE) o estomas (gastrostomía endoscópica percutánea o PEG). Se usa una sonda gástrica (NGT) después de 4 a 6 semanas si ya no se necesita.

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) se realiza cuando existe una necesidad a largo plazo de nutrición enteral. La nutrición enteral se puede suministrar de forma continua mediante bomba o bolo. Si es posible la ingestión oral, se deben hacer algunas recomendaciones y ajustes según la gravedad de los casos individuales. Una de las medidas más importantes es cambiar la consistencia de los alimentos. El aumento de la viscosidad reduce la frecuencia de aspiración y mejora la eficiencia de la deglución. La consistencia de los alimentos sólidos y líquidos se modifica para adaptarse a la capacidad de deglución del paciente. Los alimentos se cocinan para que sean uniformes, dulces y masticables, evitando grumos y huesos.

La dieta para la disfagia más severa es la dieta turmix para la disfagia, en la que se trocea la comida. La disfagia moderada se denomina "disfagia básica".

5 Discusión-Conclusión

La dificultad para tragar alimentos es un trastorno asociado con varias enfermedades. Los TCAE forman parte del equipo de enfermería y son los encargados de ayudar a este tipo de pacientes con las comidas. El TCAE debe conocer el grado de capacidad del paciente para tragar, comer adecuadamente y tomar las medidas necesarias para evitar que el paciente desarrolle complicaciones por dificultades para tragar. Esta es una complicación que a menudo se subestima y puede ocurrir durante el curso de la enfermedad, llegando incluso a la muerte del paciente.

Además enfatiza la necesidad de educación continua en esta área para promover una atención de calidad y mayores beneficios para el paciente.

Uno de los factores clave para una buena evolución clínica en pacientes con ACV es mantener un buen estado nutricional y un adecuado equilibrio metabólico. La disfagia no diagnosticada o mal manejada puede invalidar un buen tratamiento neurológico para el accidente cerebrovascular. Si el tratamiento de la disfagia no

satisface las necesidades del paciente, se deben considerar otras alternativas a la alimentación complementaria. Dada la importancia de este tema, surge la necesidad de sistematizar el diagnóstico de la disfagia en las unidades de apropiadas, y más en general en pacientes con trastornos neurológicos, con el objetivo de establecer protocolos de tratamiento oportunos y adecuados.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 242

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL MANEJO DE LA COLOSTOMIA

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

1 Introducción

Una colostomía es una conexión artificial de parte del intestino grueso a la pared abdominal para permitir que las heces salgan fuera. El orificio a través del cual se descargan las heces se llama estoma. Se realiza para enfermedades del colon, como el cáncer de colon y la enfermedad inflamatoria intestinal. Un estoma puede ser temporal o permanente. El propósito de una colostomía es expulsar las heces que no pueden pasar por el ano debido a la condición médica del paciente.

-Tipos de colostomía:

1. Cuando se realiza en el colon ascendente, es una colostomía ascendente ubicada en el lado derecho del abdomen y las heces son líquidas o semilíquidas.
2. Cuando se realiza en el colon transverso, es una colostomía transversa, el estoma está en el medio del abdomen y las heces son semilíquidas o semisólidas.
3. Finalmente, cuando se realiza en el colon descendente, se trata de una colostomía descendente, con un estoma en el lado izquierdo del abdomen y heces sólidas.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en el manejo del paciente con colostomía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El objetivo principal de TCAE para pacientes con colostomía es ayudarlos a llevar una vida normal después de la cirugía y apoyar el cuidado y la higiene del estoma. y volver a la vida social.

Si el tratamiento es muy próximo a la cirugía y la herida aún no ha cicatrizado, el enfermero/a, se encargará de su cura y se volverá a colocar la bolsa asépticamente.

La siguiente es una descripción de un intercambio de bolsas realizado por personal de TCAE con manos lavadas y guantes puestos.

- Explicar al paciente la técnica a realizar y explicarle, la importancia de aprender a cambiar su propia bolsa y el aseo de su estoma para su propio cuidado.
- Instalar mamparas y cortinas para mantener y respetar la privacidad.
- Retirar la bolsa de colostomía sucia de arriba a abajo, sujetando la piel con una mano para evitar que se derrame el contenido de la bolsa.
- Colocar la bolsa en el contenedor de material sucio y observar la cantidad y características de las heces registradas en el gráfico correspondiente.
- Limpie siempre el estoma con agua jabonosa o solución salina con movimientos circulares desde el centro hacia la periferia, eliminando suavemente cualquier residuo de adhesivo que quede en la piel.
- Secado bajo presión. Nunca agregue fricción.
- Introducir la nueva bolsa de abajo hacia arriba.
- Recoger materiales, quitarse guantes, posicionar al paciente, lavarse las manos, registrar observaciones y eventos finales.

Es importante aconsejar a los pacientes que no desarrollen malos hábitos como:

- Secar el estoma con secador de pelo.

- Si hay pelos alrededor del estoma, nunca afeitarlos, ni siquiera con navaja, y cortarlos con tijeras.
- Utilice una toalla especial para limpiar la colostomía cuando no esté en casa y séquelo con una toalla de papel.
- Durante los primeros meses se suele reducir el estoma durante la cirugía y se debe medir su diámetro.

5 Discusión-Conclusión

Vivir con un estoma significa una nueva forma de vida para estas personas, trastocando su esquema fisiológico e imagen corporal. Al principio aparecen una serie de limitaciones conceptuales, pero en la práctica afectan la autoestima de estas personas y conducen a la abnegación.

Estas nuevas circunstancias han provocado una serie de cambios en el estilo de vida de estas personas, cambiando su alimentación, vestimenta, relaciones sociales y su sexualidad.

Debido a todos estos cambios en la vida de estas personas y los cambios resultantes en la imagen corporal con su impacto emocional, necesitan asistencia tanto física como psicológica para prepararse para la vida con ellos.

Esto demuestra lo importante que es concienciar a todos los TCAE sobre los cuidados que necesitan sus pacientes. La atención adecuada, la educación para la salud, el apoyo emocional de los profesionales de la salud, y la atención de seguimiento continua para los pacientes con colostomía pueden mejorar en gran medida su calidad de vida.

6 Bibliografía

- 1.Casado C. Plan de cuidados. Cáncer de recto: paciente colostomizado.
- 2.Campo J, Barbero MA, Cerdán FJ. Complicaciones en colostomías definitivas.
- 3.Juárez JL, Molina E, Martínez C. Autocuidado e interacciones sociales. Un reto para el paciente colostomizado.

Capítulo 243

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL PACIENTE ENCAMADO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión que se desarrolla en la piel y/o el tejido subyacente. Esta lesión resulta de compresión o cizallamiento, o ambas, y comúnmente ocurre en prominencias óseas. Las úlceras por presión se consideran un problema de salud global asociado a una mala calidad de vida y son frecuentes en pacientes con estancias hospitalarias prolongadas, pero también en personas mayores, con movilidad limitada.

Se sabe desde el siglo pasado que las úlceras por presión son el resultado directo de la exposición a la presión. Esta fuerza actúa perpendicular a la piel, lo que provoca que el tejido se rompa entre dos superficies duras. Uno pertenece al paciente y el otro es la superficie exterior al mismo (cama, silla o sillón, aparato

terapéutico, etc.). Las fuerzas de corte pueden actuar en conjunto con las fuerzas de compresión. El desplazamiento del paciente mantiene los tejidos externos paralelos y adheridos a la sábana, mientras que los tejidos más profundos se deslizan. Clasificación UPP

- Grado I: Enrojecimiento de la piel pero sin destrucción de tejido. La palpación de esta zona puede resultar dolorosa.
- Grado II: Se pierde la continuidad de la piel. Afecta a la dermis y epidermis. Hay úlceras planas de color rojo o rosado y sin placas. También puede aparecer en forma de ampollas.
- Grado III: Se pierde la continuidad de toda la piel y se afecta el tejido subcutáneo. Las úlceras profundas ocurren con o sin recubrimiento. Pueden producirse túneles.
- Grado IV: Pérdida completa del grosor del tejido. Están involucrados el tejido muscular y óseo. Se desarrollan costras y tejido necrótico. Pueden producirse cavitación y tunelización.

Una úlcera por presión (UPP) es una úlcera que se forma en la superficie de la piel debido a un suministro inadecuado de oxígeno a la piel. Si una persona joven y móvil permanece en la misma posición durante mucho tiempo, el cuerpo se moverá debido a la incomodidad y el dolor. Sin embargo, esto no es posible en personas mayores o con movilidad reducida, que en ocasiones necesitan cambiar de posición. Es el momento de evitar la aparición de este tipo de lesiones cutáneas.

Las úlceras por presión se consideran heridas crónicas porque tardan cuatro semanas o más en desarrollarse.

2 Objetivos

- Describir las funciones de TCAE en el manejo de las úlceras por presión.
- Exponer características de la piel y tipos de úlceras.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de diversos artículos científicos sobre úlceras por presión y su prevención incluidos en las referencias. Para ello se utilizaron las bases de datos Medline, Google y PubMed. Los descriptores utilizados fueron úlceras por presión, isquemia tisular, necrosis tisular, heridas crónicas, profilaxis y TCAE.

De la cantidad de artículos encontrados, se seleccionaron artículos que se ajustaban a los filtros de inclusión utilizados y a los requisitos de búsqueda para realizar

esta tarea.

4 Resultados

Los TCAE deben ser conscientes de que las úlceras por presión se pueden prevenir de varias maneras, incluido el uso de medidas de protección en áreas de riesgo y cambios posturales planificados.

También cabe destacar las diversas herramientas de las que disponen los Técnicos Auxiliares de Enfermería (TCAE) para evitar la aparición de: Por ejemplo: uso de colchones, antiescaras, almohadas, etc.

A lo largo de la historia se han desarrollado nuevas técnicas que tienen efectos beneficiosos sobre la duración y la morbilidad. La terapia de presión negativa es un método avanzado de cuidado de heridas que utiliza presión negativa para cerrar múltiples lesiones en diferentes áreas del cuerpo. Varios mecanismos promueven el cierre de la herida, incluida la estimulación de la angiogénesis y la mitosis y la reducción de la carga bacteriana.

Existen varias áreas de riesgo para desarrollar úlceras por presión (UPP), dependiendo de la posición del paciente.

- posición supina: talones, sacro, codos, omóplatos, occipucio.
- Localización de úlceras por presión laterales: tobillos, cóndilos de rodilla, trocánter mayor de pelvis, costillas, acromion de la cabeza.

La posición prona también tiene zonas de presión, pero es rara en pacientes encamados, especialmente porque esta posición se asocia con disnea. El objetivo de la corrección postural es evitar anomalías posturales en pacientes encamados, proporcionar comodidad y evitar posturas superpuestas, prevenir el desarrollo de úlceras por presión y, en algunos casos, reducir la secreción mucosa en pacientes con dificultad para drenar.

Las posiciones más importantes son:

- Decúbito Supino: El paciente se acuesta boca arriba con la espalda apoyada, las piernas estiradas y los brazos extendidos.
- Decubito lateral: El paciente se acuesta de lado con el cuello en posición neutra y la pierna ligeramente flexionada.
- Posición de Fowler: El paciente se acuesta boca arriba con el respaldo de la cama elevado aproximadamente 45°.
- Posición Trendelenburg: El paciente está en decúbito supino, pero la cabeza está debajo de los pies en un ángulo de 45° desde un plano paralelo al suelo.

Vendaje de protección es un vendaje que se aplica en zonas con riesgo de úlceras

por presión para prevenir la formación de úlceras por presión. Está hecho de algodón y luego se cubre con una venda para evitar el impacto en la zona y evitar la mayor presión posible sobre la zona. .

Los ácidos grasos hiperoxigenados están compuestos por ácidos grasos esenciales que han pasado por un proceso de oxigenación y tienen propiedades como aumentar la microcirculación en la sangre, promover la regeneración celular en la epidermis y prevenir la deshidratación. Estos ácidos grasos fueron seleccionados como opción terapéutica y forman parte del protocolo de práctica clínica de un auxiliar de enfermería para la profilaxis de úlceras crónicas y el cuidado de la piel perilesional.

Además de un tratamiento adecuado y buenas medidas de higiene, una dieta rica en proteínas de buena calidad favorece una curación óptima y acelera el proceso de curación.

5 Discusión-Conclusión

La función de los TCAE en planta es, fundamentalmente, tales como satisfacer las necesidades básicas de los pacientes dependientes. Sin embargo, el creciente nivel de conocimiento y competencia a lo largo de los años, combinado con su nivel histórico de compromiso profesional, hacen de TCAE una parte fundamental de la toma de decisiones compartida con el equipo de enfermería. Por ejemplo, trabajamos en la prevención y el tratamiento de lesiones, como las úlceras por presión.

En las últimas décadas, ha habido un cambio importante en el pensamiento sobre el concepto de acción sanitaria en nuestro país. Entender las úlceras por presión como algo inherente a los pacientes ancianos, con enfermedades terminales o incapacitados, y reconocer la atención relacionada con las úlceras por presión en sí misma, basándose en las creencias sociales predominantes que provocan respuestas, reclamos y quejas de los pacientes y sus seres queridos.

Las úlceras por presión requieren muchos recursos y plantean riesgos como sobreinfección, sepsis, amputación e incluso la muerte, lo que requiere que los profesionales implementen protocolos de prevención de úlceras por presión (UPP) adecuados.

Los técnicos auxiliares de atención de enfermería (TCAE) deben estar suficientemente capacitados para utilizar y utilizar todos los recursos a su disposición para reducir la prevalencia de las úlceras por presión a lo largo de su carrera.

6 Bibliografía

[https://www. centro ulceras cronicas.com/blog/ zonas-mas- comunes-de-las-ulceras-por-presión-y-su-tratamiento](https://www.centroulcerascronicas.com/blog/zonas-mas-comunes-de-las-ulceras-por-presion-y-su-tratamiento)

Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión.

Martínez Cuervo, F., & Pareras Galofré, E. (2009). La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético.

Capítulo 244

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA M TORIJA BARRAGÁN

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en el equipo de atención médica, proporcionando cuidados esenciales a los pacientes y apoyando a los profesionales de enfermería y médicos. A lo largo de la historia, su rol ha evolucionado en respuesta a cambios en la atención médica, avances tecnológicos y la redefinición de las responsabilidades de enfermería.

A lo largo del tiempo, el rol de los TCAE ha experimentado cambios significativos en función de los avances en la atención médica, las políticas de salud y la profesionalización de la enfermería. Ha experimentado un profundo cambio esta profesión, ha pasado de ser una función adicional en el cuidado de los pacientes a convertirse en un componente esencial en el equipo de atención médica.

Se analizan los aspectos históricos, las responsabilidades cambiantes y el impacto en la atención al paciente. A través de esta investigación, se comprende mejor cómo el rol de los TCAE ha evolucionado para adaptarse a las necesidades cambiantes de la atención médica moderna.

A medida que la atención médica se volvía más compleja y avanzada, va a surgir la necesidad de profesionales de apoyo, el TCAE, van a aparecer programas de capacitación y educación específicos para estos profesionales, lo que les permitió establecer estándares de competencia y formación en el campo de enfermería auxiliar.

2 Objetivos

- Conocer cuando surgió la figura del TCAE y cómo ha ido evolucionando a lo largo de los años.
- Exponer cuáles son sus funciones básicas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google escolar o Pubmed. Se ha realizado una búsqueda de términos como "el origen del TCAE" o "la historia del TCAE y su evolución con el paso de los años" entre otras.

4 Resultados

En el pasado, las tareas de cuidados auxiliares eran realizadas por personal no especializado, como cuidadores o familiares. Sin embargo, a medida que la enfermería se profesionalizaba en el siglo XIX, surgió la necesidad de roles más especializados para proporcionar cuidados de calidad. Los primeros antecedentes de los TCAE se pueden encontrar en las "ayudantes de enfermería" de Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, quienes asistían en labores básicas de cuidados.

A lo largo de los años la figura del TCAE ha ido evolucionando, esto hace que puedan llegar a tener más responsabilidades y funciones, entre las que destacan:

1. Expansión de Responsabilidades: Con el tiempo, los TCAE comenzaron a asumir un rango más amplio de tareas, incluyendo higiene personal, administración de medicamentos y toma de signos vitales. Esto permitió a las enfermeras profesionales centrarse en tareas más complejas y técnicas.
2. Formación y Educación: A medida que la atención médica avanzaba, la formación y educación de los TCAE se volvieron más estructuradas. Programas de

capacitación y certificación aseguraron que los TCAE adquirieran las habilidades necesarias para realizar sus tareas de manera competente.

3. Colaboración Interprofesional: En las últimas décadas, la importancia de la colaboración interprofesional en el cuidado de los pacientes ha llevado a una mayor integración de los TCAE en equipos multidisciplinarios de atención médica. Esto ha ampliado su papel más allá de las tareas técnicas para incluir la comunicación efectiva y la coordinación con otros profesionales de la salud.

4. Tecnología y Cuidados Avanzados: La evolución de la tecnología médica ha llevado a la incorporación de equipos y dispositivos más avanzados en la atención médica. Los TCAE han tenido que adaptarse a la operación y el mantenimiento de estas tecnologías, lo que ha requerido un mayor nivel de conocimiento y habilidades.

5. Promoción de la Salud y Prevención: En la actualidad, se espera que los TCAE desempeñen un papel activo en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Esto incluye la educación de los pacientes sobre hábitos saludables y la participación en campañas de prevención.

6. Impacto en la Atención al Paciente: La evolución del rol de los TCAE ha tenido un impacto significativo en la atención al paciente. Su contribución en la realización de tareas esenciales y la atención diaria ha permitido a los profesionales de enfermería centrarse en la toma de decisiones clínicas más complejas. La colaboración interprofesional ha mejorado la coordinación del cuidado y ha llevado a un enfoque más holístico en el tratamiento de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de la historia, el rol de los TCAE ha evolucionado desde realizar tareas básicas hasta desempeñar un papel fundamental en la atención médica moderna. Su formación, colaboración interprofesional y adaptación a la tecnología han contribuido a una atención más integral y efectiva para los pacientes. La continuación de su evolución dependerá de la respuesta a los desafíos cambiantes en la atención médica y la promoción de una atención de calidad centrada en el paciente.

Su papel es esencial en el cuidado de los pacientes y sigue siendo una parte integral del equipo de atención médica en hospitales y otras instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. Palabras clave: "la historia del TCAE".

2. Revistas científicas.
3. <https://iesjuandearejula.com/wp-content/uploads/565.pdf>
4. https://www.consalud.es/profesionales/otros-profesionales/tecnicos-cuidados-enfermeria-no-tcae-historia-rebelion-profesion-sanitaria_86169_102.html
5. <https://www.timetoast.com/timelines/la-evolucion-de-la-figura-del-auxiliar>
6. <https://prezi.com/bnhwtbvj95n5/la-evolucion-de-la-figura-del-auxiliar/>

Capítulo 245

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE PALIATIVO: CUIDADOS DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

1 Introducción

Cuando nos referimos a un paciente en estado terminal, se remite a aquellos pacientes cuyo pronóstico de vida no supera los seis meses de vida, puesto que los tratamientos establecidos para curar, frenar o apaciguar la enfermedad que padecen no surten los efectos que debería en el paciente.

Del mismo modo, los cuidados realizados a los pacientes terminales no están destinados a curar su enfermedad, sino a paliar el dolor producido por esta y a realizar actividades que garanticen una mayor comodidad y confort en el paciente.

La asociación internacional sobre los estudios del dolor (International association for the study of pain, IASP), han definido el dolor como “una situación sensorial

y emocional muy angustiosa para el paciente que lo padece, debido a una lesión tisular o puede no estar derivado de ella”.

La medicina paliativa, medicina especializada en pacientes cuyo pronóstico de vida no es favorable ni positivo para ellos, se ocupará de llevar a cabo las actuaciones necesarias para paliar el dolor de los pacientes, y si no fuese posible reducir dicho dolor, por lo menos reducirlo en la mayor de las posibilidades que estén en la mano de los médicos especializadas en esta rama de la medicina.

2 Objetivos

- Definir los términos más utilizados por el entorno de un paciente en estado paliativo.
- Dar a conocer la finalidad de la medicina paliativa con los pacientes terminales.
- Detallar las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente paliativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, las actuaciones con los pacientes paliativos en estado terminal se deberán centrar en frenar o paliar el dolor por parte del equipo médico, mientras que por el equipo de enfermería y por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se deberán centrar en realizar actividades que proporcionen mayor confortabilidad y comodidad al paciente.

Algunas de estas actuaciones son:

- Cuidados físicos de confort.

Relacionados con la higiene personal del paciente, produciendo un aseo diario del paciente para proporcionarle frescura y confort al paciente.

- Ocupación del tiempo libre.

Es importante animar al paciente a que realiza actividades que le ayuden a distraerse y a animarse, a realizar paseos al aire libre o por los pasillos de la habitación, animarle a leer o participar en terapia de grupo donde realizan actividades de distracción.

Del mismo modo, al paciente paliativo se le debe permitir romper las normas o reglas sanitarias, dejando que tome alguna copa de vino durante las comidas o que se fume algún cigarrillo si le ayuda a tranquilizar los nervios.

- Cuidados de la piel.

La finalidad que se pretende conseguir con los cuidados de la piel es mantener toda la integridad de la piel, evitando secreciones, excreciones, infecciones.

Las actuaciones realizadas para la prevención de infecciones son:

- . Estimular la circulación sanguínea del paciente.

- . Prevenir la iatrogenia de tratamientos.

- . Fomentar la autonomía del paciente, animando al paciente a asearse aquellas zonas corporales que su estado le permita, mantener el confort durante su estancia en la cama hospitalaria.

- Cuidados de la boca.

Por norma general, los pacientes que se encuentran en cuidados paliativos presentan en la mayoría de las ocasiones náuseas y vómitos, por lo que será muy importante realizar un aseo de la boca frecuentemente.

El aseo de la boca se realizará con un cepillo dental y un dentífrico o enjuague bucal especializado para evitar la creación o aparición de infecciones orales (infecciones por hongos, bacterianas, víricas...)

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este trabajo, se demuestra que las actuaciones desarrolladas con el paciente en estado terminal por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son esenciales.

Es importante destacar que al paciente en estado paliativo no se le debe realizar actuaciones que no garanticen mejorar las condiciones de vida durante el tiempo que le quede, por lo tanto, se le realizarán aquellas actividades que tolere y con las cuales se encuentre cómodo tanto el paciente como sus familiares y seres queridos.

6 Bibliografía

1. Guillamas, C., Gutierrez, E. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. Pérez, E., Fernández, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 246

EL RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS CON DEMENCIA VASCULAR Y CÓMO PREVENIRLAS

FRANCISCO PÉREZ CAO

MARTA VEGA GUTIÉRREZ

1 Introducción

Las caídas, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) son el resultado de cualquier acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio precipitándose la persona al suelo u otra superficie firme que lo detenga. Las personas con más riesgo de sufrir caídas a priori son aquellas que tienen una edad avanzada, que sufren algún daño o proceso degenerativo a nivel cerebral. La demencia vascular es una enfermedad que se produce precisamente al dañarse los vasos sanguíneos del cerebro al no llegarle suficiente sangre y oxígeno a este. Las células del cerebro mueren, lo que provoca daños irreparables. Enfermedades como la diabetes agravan la demencia vascular. No podemos obviar factores de riesgo tales como la hipercolesterolemia, el tabaquismo, los malos hábitos alimenticios que conllevan un abuso de alimentos procesados, el sedentarismo y la obesidad que juegan un papel importante a la hora de enfrentarnos a una demencia vascular prematura.

Los problemas que sufren los que padecen esta enfermedad es el deterioro de su nivel cognitivo, lo que les hace presentar dificultades ante la realización de tareas sencillas, reiteración de pensamientos, rumiaciones, pérdidas de memoria o dificultad para expresarse. También presentan mala coordinación y se desorientan fácilmente, lo que les hace más proclives a sufrir caídas.

2 Objetivos

- Analizar los motivos por los que ocurren las caídas y si éstas guardan incidencia con la demencia vascular.
- Determinar cuáles son las acciones a llevar para evitar y minimizar sus consecuencias.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se tomó como referencia un tríptico recogido en el HUCA: Menú de recomendaciones para la prevención de caídas “Sin tropiezos” y consultamos las bases de datos de PubMed, Medline y Scielo; seleccionando aquellas publicaciones que más se adoptan al tema a tratar y usando estos descriptores: caídas, demencia vascular y trastornos de marcha.

4 Resultados

Las personas que desarrollan algún tipo de demencia sufren entre un 40% a un 60% más caídas que una persona que no tiene deterioro cognitivo o enfermedad neurológica asociada. La gravedad a la hora de sufrir caídas es mayor en personas que lo sufren y por consiguiente el tiempo de recuperación se incrementa sustancialmente debido al estado basal que tiene la persona con demencia. Las complicaciones derivadas de las caídas pueden llegar a ser incluso mortales sin una atención temprana de las mismas, como en el caso de sufrir un TEPA (tromboembolismo pulmonar agudo) en el que se forma un coágulo de sangre y puede llegar al cerebro siendo como desenlace de la caída; por otro lado, casos menos graves como la trombosis venosa profunda ya no solo por ocasionar hematomas a tensión que si no se reabsorben por sí solos, producirán irremediablemente úlceras en la pierna con el consiguiente tiempo de tratamiento hasta recuperación, en el caso de haberla. El motivo se encuentra en que según avanza la enfermedad, el paciente tiene trastornos de la marcha, pérdida de la fuerza y de coordinación, también pierden su orientación espacial y se agrava su deterioro cognitivo por esa misma razón.

La polimedicación no ayuda al respecto, ya que puede haber desajustes que afectan a la tensión de la persona y por ello el riesgo de caídas es mayor sin obviar que el haber sufrido una caída eleva el riesgo de sufrir otra debido a la limitación funcional de la persona.

La hipotensión ortostática, que son los mareos que se producen cuando una persona se intenta poner de pie después de estar sentada o tumbada durante largos periodos de tiempo, no llegándole la sangre que necesita el cerebro, es también una causa de caída a tener en cuenta.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con demencia vascular tienen un riesgo muy alto de sufrir alguna caída, resaltando los peligros que tienen originados por el deterioro físico y cognitivo de la enfermedad. Prevenir las resulta extremadamente difícil aunque se antoja primordial para la preservación de la salud del paciente. Las caídas con rotura de algún hueso no hacen más que incapacitar al enfermo, aún más de lo que estaba anteriormente. En caso de no haber roturas, el propio incidente es causa de tensión y alteración por temor a una nueva caída.

El uso de andadores pueden ser una buena solución no solo por facilitar la marcha, sino también por darle seguridad y autonomía. El uso de medias de compresión y hacer pausas a la hora de poner de pie al paciente resulta primordial a la hora de evitar la hipotensión ortostática.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>.
2. Giber, Fabiana. Manual para la prevención de caídas en personas mayores. Editorial NED

Capítulo 247

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA M TORIJA BARRAGÁN

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) va a desempeñar un papel esencial en el campo de la ginecología y obstetricia, que son dos disciplinas médicas cruciales que se van a centrar en la salud reproductiva de las mujeres y la atención durante el embarazo y el parto. La atención integral a las pacientes va a requerir un enfoque multidisciplinario y un equipo de profesionales de la salud altamente capacitados. Son fundamentales para garantizar la calidad de la atención y el bienestar de las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva. La ginecología y obstetricia se centran en la atención de las mujeres, tanto en términos de salud reproductiva como en el embarazo y el parto. Los TCAE son miembros esenciales del equipo de atención médica en este ámbito, ya que desempeñan un papel clave en la asistencia a enfermeros y médicos en la prestación de cuidados a las pacientes.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención de las mujeres en diferentes etapas de la vida, desde el cuidado prenatal hasta el posparto. A través de

este análisis, se explorarán las contribuciones clave de los TCAE en ginecología y obstetricia, y se destacará su importancia para brindar una atención de calidad y apoyo a las pacientes.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones y responsabilidades que va a tener el TCAE en el servicio de ginecología y obstetricia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google escolar o PubMed.

Se ha realizado una búsqueda de términos como "el TCAE en ginecología" o "funciones y responsabilidades del TCAE en ginecología y obstetricia" entre otras.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en ginecología y obstetricia son:

1. Atención Prenatal: Los TCAE pueden ayudar en la atención prenatal, colaborando en la toma de signos vitales, la preparación para exámenes médicos y la asistencia en procedimientos de diagnóstico como ultrasonidos.
2. Preparación para Procedimientos: Los TCAE preparan el entorno y asisten a los profesionales médicos en una variedad de procedimientos, como colposcopias, biopsias y colocación de dispositivos intrauterinos.
3. Asistencia en Partos: Durante el parto, los TCAE tienen un papel clave en la preparación de la sala de partos, asistencia a la madre y al personal médico, y apoyo en la higiene y comodidad.
4. Atención Posparto: Después del parto, los TCAE brindan cuidados a la madre y al recién nacido, asistiendo en la lactancia materna, realizando chequeos de signos vitales y proporcionando apoyo emocional.
5. Manejo de Equipos: Los TCAE pueden ayudar en la preparación y manejo de equipos médicos utilizados en procedimientos obstétricos y ginecológicos, como instrumental quirúrgico y dispositivos de monitoreo fetal.

6. Higiene y Confort: Los TCAE se encargan de mantener la higiene y el confort de las pacientes, lo que es especialmente importante en el entorno obstétrico. Además de tener que cumplir las funciones en ginecología anteriormente descrita, el TCAE se enfrenta a una serie de Desafíos y Oportunidades. El TCAE tiene que tener las habilidades y capacitación de sensibilidad y empatía:

- Sensibilidad y empatía: debido a la naturaleza íntima de la atención en ginecología y obstetricia, los TCAE deben demostrar sensibilidad y empatía hacia las pacientes, brindando apoyo y confort.
- Comunicación efectiva: la comunicación es esencial en la atención obstétrica y ginecológica. Los TCAE deben de ser capaces de comunicarse claramente con pacientes y otros profesionales de la salud.
- Adaptabilidad: dado que las condiciones y necesidades de las pacientes pueden variar ampliamente, los TCAE deben ser capaces de adaptarse a diferentes situaciones y procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del TCAE en ginecología y obstetricia son fundamentales para brindar una atención de calidad a las mujeres en diferentes etapas de su vida reproductiva. Su contribución en la asistencia a procedimientos, el apoyo emocional y la atención personal es inestimable.

Para abordar los desafíos de sensibilidad y comunicación, es necesario invertir en formación continua y desarrollo de habilidades. Al reconocer y fortalecer el papel del TCAE en este campo, se puede mejorar la experiencia de las pacientes y contribuir a un cuidado obstétrico y ginecológico integral y eficaz.

La ginecología y obstetricia son verdaderos aliados en la promoción de la salud reproductiva y en el bienestar de las mujeres y su papel no debe subestimarse en ningún aspecto de la atención médica en estas áreas críticas.

6 Bibliografía

1. Palabras clave "el TCAE en ginecología".
2. Revistas científicas.
3. <https://www.fp-santagema.es/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-en-ginecologia>.
4. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-obstetricia/>.
5. <https://revistamedica.com/funcion-tcae-unidad-obstetricia/>.
6. <https://postgradomedicina.com/funciones-auxiliar-enfermeria-ambitos/>.

Capítulo 248

ENEMAS DE LIMPIEZA EN EL PACIENTE ENCAMADO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

GEMA COELLO

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo la aplicación de un enema de limpieza a un paciente.

1. ¿Qué es un enema?

Un enema es un líquido (de diferentes composiciones, ya sea de fabricación casera o elaborado en laboratorio) que se debe introducir en el recto e intestino grueso, que hace reaccionar a los intestinos para que se expulsen los restos existentes en él y que no pueden ser expulsados de manera voluntaria.

2. ¿Por qué razones se prescribe un enema de limpieza?

- Para aliviar el estreñimiento.
- Como terapia después de un parto u operación.
- Como preparación previa a la realización de pruebas (Por ejemplo, colonoscopia).
- Como preparación previa en algunas intervenciones quirúrgicas (Por ejemplo, intervenciones quirúrgicas, cirugías del tracto colorrectal).
- Evaluación de un cáncer.

3. Tipos de enemas, en cuanto a su forma de actuación:

- De limpieza o evacuentes:

Se utilizan fundamentalmente para el tratamiento del estreñimiento y que fomentan la evacuación de líquidos y restos de forma inmediata.

- De retención:

Llamados así porque para obtener el resultado que se desea deben permanecer introducidos en el interior del paciente durante al menos 15 minutos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Desarrollar el protocolo a seguir por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para aplicar un enema.

Objetivo secundario:

- Dar a conocer los principales riesgos que pueden aparecer en el paciente que utiliza de forma asidua los enemas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

- Bases de datos y motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
- Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los TCAES, enema, para qué se utilizan los enemas, tipos de enemas, riesgos de la aplicación asidua de enemas y protocolo de actuación de los técnicos para aplicar un enema.
- Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre funciones de los TCAES relacionados con el enema, los riesgos de la aplicación y el protocolo de actuación de los técnicos y artículos en castellano de reciente publicación.

4 Resultados

Los riesgos que puede ocasionar la administración prolongada de enemas:

- Dependencia: el intestino puede dejar de funcionar normalmente y perder la habilidad de evacuación por sí solo.
- Detiene la recomposición natural de la flora intestinal.
- Perforación del intestino.

El protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para la aplicación de un enema a paciente encamado:

- El protocolo se inicia con la preparación de todo el material: guantes desechables, enema prescrito, lubricante, protector para la cama, cuña, material para higiene del paciente (palangana, agua y jabón y toallas), papel higiénico, etc.
- A continuación, se procede al lavado higiénico de manos y puesta de guantes desechables.
- Pasamos al habitáculo del paciente, nos presentamos y dejamos el material al lado del paciente.
- Ponemos cortina de separación para salvaguardar su intimidad del paciente y le explicamos que le vamos a poner un enema (le decimos que una vez se lo hayamos puesto debe intentar mantenerlo dentro un ratito para que haga el efecto deseado).
- Después colocamos el protector en la cama (según protocolo de cambio de cama en paciente encamado), para evitar que se manche la ropa de la cama.
- Para la aplicación se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna flexionada, se procede a lubricar la cánula del enema, se separarán los glúteos del paciente con una mano y con la otra se introduce la cánula del enema en el ano del paciente, administrar y sacar suavemente.
- Tras la aplicación, colocar al paciente en decúbito supino o sentado y se deja puesta la cuña para cuando se produzca la evacuación.
- Cuando se ha producido la evacuación, retirar la cuña, asear al paciente, retirar el protector, realizar el cambio de cama en caso de ser necesario, acomodar al paciente.
- Por último, recoger todo el material utilizado, eliminando cada material desechable en el contenedor correspondiente y el material no desechable en el carro correspondiente para su recogida y limpieza (por ejemplo, las sábanas o toallas).
- Las heces se eliminan en el WC, tras su observación, y se desinfecta la cuña.
- Quitarse los guantes, desecharlos, lavarse las manos y proceder al registro de la evacuación: hora del enema suministrado, hora de la evacuación, aspecto de las heces, etc.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería deben conocer a la perfección la técnica de la administración de un enema a un paciente encamado.

Se destaca la importancia de que no solo deben conocer el protocolo de aplicación, sino que también es fundamental ser conscientes de mantener, en la medida de lo posible, la intimidad del paciente, realizarlo en el menor tiempo posible e introducirlo de manera adecuada para su administración.

Se resalta como esencial conocer las contraindicaciones del enema como en pacientes con peritonitis, ya que su uso de forma asidua puede ocasionar patologías graves al paciente, como puede ser una perforación en el intestino.

6 Bibliografía

1. Wikipedia. <https://revistas-portalesmedicos.com>
<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>
<https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
2. Técnicas básicas de enfermería. Smartbook.
<https://www.revistadepatologiaspiratoria.org>.

Capítulo 249

CUIDADOS DEL PACIENTE CON OSTOMIA (HOSPITALIZADO) POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

GEMA COELLO

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar los cuidados por parte de los técnicos en cuidados de enfermería junto con los DUES con pacientes que han sido sometidos a una ostomía.

En cuanto al origen de la palabra ostomía se podría decir que procede del término griego stoma (abrir un agujero) pero con también cabe mencionar que ostomía es una palabra siempre proveniente de la separación de otras compuestas(terminación de otras cirugías o intervenciones como colostomía(cuando la abertura se hace para comunicarse con el intestino grueso) , ileostomía(cuando la abertura se practica para comunicarse con el intestino delgado) o urostomias (abertura practicada para desviar la orina de la vejiga)).

Si quisiéramos definir ostomía tendríamos que decir por tanto, que es una intervención quirúrgica donde se realiza una abertura o estoma entre los intestinos y la pared abdominal.

En este tipo de pacientes el estoma debe estar protegido por una placa o anillos protectores donde se adhiere la bolsa colectora (que recoge el correspondiente material de desecho).

Existen dos tipos de ostomías en función del tiempo:

- Temporal: que tiene un tiempo de duración determinada.
- Permanente: que el paciente lo tendrá que mantener durante el tiempo que le quede de vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Desarrollar el protocolo de actuación para llevar a cabo el cambio de la bolsa colectora de ostomía.

Objetivo secundario:

- Conocer cuando se realizan las ostomías.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los TCAE, etimología ostomía, definición de ostomía, tipos de ostomía en función del tiempo, a qué pacientes se les debe realizar una ostomía y cuidados del paciente al que se le ha practicado una ostomía.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los TCAE, etimología ostomía, definición de ostomía, tipos de ostomía en función del tiempo, a qué pacientes se les debe realizar una ostomía y cuidados del paciente al que se le ha practicado una ostomía, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Se practica una ostomía en algunos tipos de cáncer (como por ejemplo, el de colon), en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales (Por ejemplo, pacientes con la enfermedad de Crohn), pacientes con una infección intestinal que no remite con ningún tipo de medicación, pacientes con enfermedad diverticular o en pacientes que presentan una obstrucción intestinal.

Protocolo de actuación conjunto de TCAE u DUE para llevar a cabo el cambio de la bolsa colectora de ostomía:

TCAE; preparación previa de los recursos materiales necesarios: guantes no estériles, agua tibia, jabón de pH neutro, antiséptico, gasas o torundas de algodón, bolsa colectora de ostomía, cincha de sujeción de ostomía, etc.

TCAE y DUE: higiene de manos y puesta de guantes no estériles o de un solo uso.

TCAE y DUE: Presentarse al paciente (siempre utilizando el nombre del paciente, y dando nombre y categoría profesional), explicarle que le vamos a cambiar la bolsa colectora y que para ello debe estar muy atento al proceso (para cuando lo tenga que hacer él al alta hospitalaria) y debe contribuir en el proceso.

TCAE: Salvaguardar la intimidad del paciente a través de la pantalla separadora y solo dejando despejada la zona del abdomen donde está el estoma.

DUE: retirar la bolsa colectora en uso, suavemente de arriba abajo, sujetando para ello la piel con la mano e intentando evitar su vertido.

TCAE o DUE: Higiene del estoma (con movimientos circulares, siempre hacia afuera, agua tibia y jabón con pH neutro. Después sin friccionar realizar el secado oportuno.

TCAE O DUE: aplicar la correspondiente crema (como barrera protectora).

DUE: poner la bolsa colectora de ostomía nueva, adaptándola al estoma. Poner cinturón de sujeción.

TCAE: comprobar que no se ha manchado ni ropa del paciente ni cama, en caso de derrame sobre pijama: proporcionar al paciente (en caso de ser autónomo) para que se cambie el pijama o en caso de no ser autónomo proceder al cambio del pijama (previo aseo si fuese necesario) y si es sobre la ropa de cama proceder al tendido de cama según protocolos de actuación de acuerdo a la autonomía del paciente. Dejar acomodado al paciente y recoger todo el material utilizado durante el proceso.

TCAE y DUE: retirada de guantes y posterior lavado de manos.

Y por cualquiera de las componentes del equipo de enfermería registrar el procedimiento con hora y fecha, intervinientes, tipo de material recolectado, aspecto,

volumen, etc.

5 Discusión-Conclusión

El paciente recientemente ostomizado presenta un nivel de frustración muy elevado (se pregunta y por qué me ha tocado a mí esto) que le produce tristeza, ansiedad, etc., por lo que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería debemos conocer y saber aplicar el protocolo para llevar a cabo el cambio de la bolsa colectora de cualquier tipo de ostomía para hacerlo lo mejor posible y en el menor tiempo posible, evitando aumentar así su nivel de frustración o ansiedad.

Además, durante el proceso debemos intentar que el propio paciente sea el encargado del autocuidado de tal forma que cuando sea dado de alta sepa realizarlo de forma correcta. el cambio de la bola colectora.

6 Bibliografía

<https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Smartbook.

Wikipedia. <https://www.revistadepatologiaspiratoria.org-> <https://dicciomed.usal.es/palabra/ostomia>

[https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/ostomia#:~:text=](https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/ostomia#:~:text=Una%20ostom%C3%ADa%2C%20o%20estoma%2C%20es,pueden%20ser%20temporales%20o%20permanentes.)

[Una%20ostom%C3%ADa%2C%20o%20estoma%2C%20es,pueden%20ser%20temporales%20o%20permanentes.](https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/ostomia#:~:text=Una%20ostom%C3%ADa%2C%20o%20estoma%2C%20es,pueden%20ser%20temporales%20o%20permanentes.)

Capítulo 250

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON OSTOMÍA DE ELIMINACIÓN

CORAL PARRA QUINTANILLA

1 Introducción

Una ostomía de eliminación se trata de una intervención quirúrgica en la que el cirujano especializado en aparato digestivo dentro de cirugía general practicará al paciente o usuario que está enfermo un orificio que será no natural o estoma por la parte externa del cuerpo para así poder comunicar con el interior de este, más concretamente con un órgano hueco el cual dependerá de la zona de la intervención, así, de esta manera, podemos encontrar varios tipos de ostomías de eliminación que recibirán distintos tipos de nombre según la zona de la intervención.

Por otro lado, las ostomías pueden realizarse de manera temporal hasta que se resuelva el problema de origen y posteriormente el paciente o usuario vuelve a tener un tránsito intestinal normalizado o puede tratarse de una ostomía definitiva en la que no se encuentra una solución y esta se realizará para siempre.

Los motivos por los que se decide llevar a cabo este tipo de cirugía pueden ser diversos, el paciente puede padecer una patología de inflamación del intestino, tener la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, una obstrucción intestinal o perforación así como un tratamiento para el cáncer de colon.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el encargado de llevar a cabo la labor del cuidado de este tipo de pacientes, algunas de sus funciones serán educar al paciente en el cuidado del estoma dándole la información e indicaciones necesarias sobre cómo debe realizar el cambio de bolsa, como deberá realizar la higiene, etc. Además, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería también realizará estas funciones de cuidado mientras el paciente lo requiera durante su estancia hospitalaria.

2 Objetivos

Conocer qué es una ostomía de eliminación y los cuidados que necesita este tipo de pacientes por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización de este capítulo de libro se ha procedido a la búsqueda activa de información en algunas bases de datos existentes como Google Académico, PubMed, Medline y Scielo, además de la visualización y recopilación de información relevante en libros como “Cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas A” de “Ilerna”.

Se han excluido en la búsqueda los idiomas diferentes al castellano.

4 Resultados

En las ostomías de eliminación se realizará una intervención en la que a través del abdomen se va a exteriorizar parte del intestino, además se adherirá a la piel con puntos de sutura, para que de esta manera puedan salir las heces al exterior.

Por lo tanto podemos encontrar, ileostomía y colostomía, según la altura y zona del intestino las heces tendrán un aspecto u otro, en la ileostomía, situada en el íleon, encontraremos unas heces semilíquidas y a su vez con corrosión, en la colostomía ascendente, situada en el colon ascendente, las heces también tendrán un aspecto semilíquido pero irritante, en la colostomía transversa, situada en el colon transversal, las heces serán de aspecto semilíquido y poco irritantes, en la colostomía descendente, situada en el colon descendente, encontraremos unas heces de aspecto y consistencia sólidas y no irritantes y por último en la

colostomía sigmoidea, situada en el colon sigmoideo, las heces ya serán de consistencia muy sólida y no irritante.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería será el encargado del cuidado del paciente ostomizado, por lo que deberá tanto limpiar el estoma con mucho cuidado como cambiar la bolsa colectora según el tipo de bolsa que sea.

Encontramos varios tipos de sistemas de vaciado, de una sola pieza, en esta estarán unidas tanto la bolsa colectora como el adhesivo que va pegado a la piel, también hay sistemas dobles, compuesto por una parte adhesiva y otra parte independiente de esta que será la bolsa colectora, a su vez, estas bolsas pueden ser de dos tipos, por un lado pueden ser bolsas cerradas con filtro y por otras bolsas abiertas con filtro.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el encargado del cuidado del estoma del paciente o usuario, deberá lavar en primer lugar muy bien la piel periestomal con agua y jabón con pH neutro para evitar posibles irritaciones, después deberá secarla suavemente a toques sin friccionar la zona, una vez se tenga la piel limpia y seca se deberá tomar la medida del orificio, finalmente el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería podrá colocar en el orificio la parte adhesiva de la bolsa colectora.

5 Discusión-Conclusión

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado de un estoma es fundamental para prevenir posibles infecciones causadas por agentes patógenos, por eso es importante que se limpie y seque correctamente, además, tiene un papel fundamental en la educación para la salud del propio paciente o usuario que deberá seguir los mismos cuidados en su domicilio.

Los pacientes que deben someterse a una colostomía suelen sufrir problemas psicológicos por el cambio de vida y de imagen, por lo que pueden tener sentimientos de ansiedad, depresión, problemas sexuales y también puede afectar a la calidad del sueño.

6 Bibliografía

1. Ostomías de eliminación. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ostomias-de-eliminacion/>.

2. Impacto psicológico y social en los pacientes colostomizados.
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/impacto-psicologico-y-social-en-los-pacientes-colostomizados/>.
3. Libro "Cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas -A-" de "Ilerna Online S.L 2021".

Capítulo 251

COMPLICACIONES PARA LA SALUD POR CULPA DEL ESTRÉS EN EL ÁMBITO LABORAL

FRANCISCO PÉREZ CAO

1 Introducción

El estrés es la respuesta de nuestro cuerpo ante una situación o estímulo externo que cataloga de peligro. El sistema parasimpático reacciona liberando hormonas para hacer frente a esa amenaza poniendo el organismo en alerta. Esto hace que se eleve el pulso cardíaco o se pongan en tensión los músculos.

El problema es cuando la persona se ve superada por lo que le demanda el entorno y la situación se alarga en el tiempo, provocando un desgaste para el cuerpo. Este es el estrés crónico que se diferencia del agudo en que este último desaparece de forma rápida y nos ayuda a solucionar la amenaza por lo que surgió. Las principales causas que provocan el estrés destacamos los sufridos por problemas económicos, familiares, laborales o de relaciones personales. Cualquier cambio en nuestro estilo de vida o entorno que nos influya negativamente puede ser una causa potencial de estrés. Algunas veces pueden ser que confluyan mas de una circunstancia que nos provoque estrés agravando la situación y haciendo que sea mas duradera en el tiempo .Al estar el organismo siempre en tensión no consigue desconectarse ,estando siempre en alerta lo que provoca dificultad para relajarse. El estrés en el trabajo aparte de ser un riesgo para nuestra salud también hará que tengamos más opciones de sufrir un accidente entre otras causas por falta de atención.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Identificar cuáles son las causas que son motivo de estrés en el ámbito laboral.

Objetivo secundario:

- Exponer recomendaciones para combatir el estrés que se produce en el entorno laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se consultaron las bases de datos de PubMed, Medline, Scielo y Cochzane así como publicaciones y divulgaciones científicas que contuvieran los siguientes descriptores: estrés, distrés, enfermedades laborales.

La información y datos obtenidos fueron acotados ajustándolos a los criterios de búsqueda.

4 Resultados

El estrés en el ámbito profesional se producen por las exigencias producidas en el entorno laboral y las capacidades que tiene el trabajador para hacerles frente. Entre las capacidades destacamos sus aptitudes , conocimientos y experiencia laboral. También se muestran determinantes los factores en los que se desarrolla el trabajo, así como las expectativas creadas en un primer momento.

Los factores que mas influyen en la aparición del estrés son los relacionados con la seguridad, el entorno en que se realiza y la carga de trabajo que tenga el puesto. Las relaciones que tenga el trabajador con sus compañeros y su empleador se muestran también cruciales. Estas pueden ser un buen soporte en caso de ser óptimas y si son negativas pueden bloquear el trabajo en equipo, produciendo frustraciones. Los plazos estipulados para la entrega o fabricación son fuente también de estrés pudiendo incluso a ser causas de bloqueos.

La salud del trabajador se vera afectada con problemas físicos y psicológicos que según se vayan acumulando la tensión podrán ser considerados más graves. Los dolores de cabeza, problemas intestinales o sentirse siempre fatigado nos pondrán en alerta de que está empezando a alterar negativamente nuestra salud. De no atajar estos síntomas a tiempo irán empeorando llegando incluso a tener ansiedad, ataques de ira e insomnio .

En casos más graves podrá llegar a ser un suplicio el propio acto de enfrentarnos a la acción de acudir al trabajo provocando una tensión desmedida ,y siendo en estos casos donde mas ausentismo laboral se da.

Las posibilidades que tengamos de conciliar el trabajo con nuestra vida familiar o personal también es otro factor determinante sobre todo si tenemos personas enfermas o dependientes a nuestro cargo.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral no es solo un problema que afecta al trabajador, sino que tiene que hacerse frente a el de forma colectiva. Aparte que afecta a la salud del trabajador también afecta la empresa. Un trabajador con un poco de estrés puede ser incluso beneficioso, pero cuando este se alarga en el tiempo incide negativamente en la producción siendo motivo de accidentes de trabajo. La empresa tendrá que tenerla previsto en sus programas de prevención de riesgos aumentando con ella su eficiencia y la salud de sus trabajadores. Un trabajador sin estrés tiene un mayor rendimiento y la posibilidad de que se encuentre motivado aumenta, siendo más productivo. A nivel individual la carencia de estrés en su trabajo hará a la persona sentirse mas realizado y con menos preocupaciones en su vida diaria.

Saber desconectar del trabajo es primordial a la hora de poder prevenir el estrés, procurando hacer actividades que nos resulten relajantes y placenteras. El pasar tiempo con familiares o seres queridos también nos ayudará. El contacto con la naturaleza, ejercicio físico o técnicas de relajación y meditación son posibles soluciones a la hora de mantener el estrés a raya.

6 Bibliografía

1. Morán Astorga, María Consuelo. Estrés, burnout y mobbing: Recursos y estrategias de afrontamiento. Editorial Eolas Ediciones.
2. Vidal Costa, Víctor. El estrés laboral, Análisis y prevención. Editorial Prensas Universitarias de Zaragoza

Capítulo 252

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

1 Introducción

La consulta de pediatría es un servicio médico especializado en la atención de niños y adolescentes desde el nacimiento hasta la adolescencia. Aquí se destacan aspectos clave de esta consulta:

Exámenes de rutina: Los pediatras realizan exámenes de rutina, como el control del crecimiento, desarrollo y vacunación, para garantizar que los niños estén saludables y alcancen hitos importantes en su desarrollo.

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infantiles: Los pediatras diagnostican y tratan una amplia gama de enfermedades pediátricas, desde infecciones comunes hasta afecciones crónicas.

Atención preventiva: Los pediatras ofrecen orientación sobre la alimentación adecuada, la seguridad infantil, la prevención de lesiones y consejos sobre el cuidado de la salud infantil.

Vacunación: Administran vacunas para proteger a los niños de enfermedades prevenibles, siguiendo un calendario de vacunación establecido.

Consejería para los padres: Los pediatras brindan apoyo a los padres, responden preguntas y ofrecen orientación sobre el desarrollo infantil, la crianza y la salud emocional.

Atención neonatal: En el caso de los recién nacidos, los pediatras realizan exámenes de salud del recién nacido y brindan atención médica temprana.

Evaluación del desarrollo: Los pediatras evalúan el desarrollo cognitivo, físico y social de los niños, identificando posibles retrasos y proporcionando intervenciones cuando es necesario.

Tratamiento de afecciones crónicas: Atienden a niños con afecciones crónicas, como diabetes, asma o trastornos del espectro autista, asegurando una gestión adecuada de la salud a largo plazo.

Salud escolar: Los pediatras realizan exámenes médicos para el ingreso a la escuela, abordando la salud en el entorno escolar y las necesidades de atención médica.

Consejo sobre salud mental: Brindan orientación sobre problemas de salud mental infantil, como ansiedad, depresión y trastornos del comportamiento.

La consulta de pediatría es esencial para garantizar la salud y el bienestar de los niños y adolescentes. Los pediatras desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de afecciones pediátricas, así como en la promoción de la salud y el desarrollo adecuado de los más jóvenes.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel crucial en la consulta de pediatría al brindar apoyo integral tanto a los niños como a los profesionales de la salud. Sus tareas en este entorno específico incluyen:

Recepción y registro de pacientes: El TCAE recibe a los niños y sus padres, verifica sus datos personales y asegura que la información del historial médico esté actualizada y precisa. Esto facilita la gestión de la consulta.

Preparación de la sala: Antes de cada consulta, el TCAE se encarga de asegurar que la sala de examen esté limpia, acogedora y adecuadamente equipada con suministros médicos y juguetes que ayuden a distraer y tranquilizar a los niños.

Asistencia en el examen físico: Durante la consulta, el TCAE puede asistir al pediatra en la realización de exámenes físicos, toma de signos vitales y procedimientos médicos, garantizando un entorno cómodo y seguro.

Toma de muestras: Bajo supervisión, el TCAE puede ayudar en la recolección de muestras de sangre u orina, asegurándose de que se realice de manera adecuada y que los niños se sientan seguros.

Administración de vacunas y medicamentos: Si es necesario, el TCAE puede administrar vacunas o medicamentos bajo las instrucciones del pediatra, siguiendo las pautas y dosis correctas.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional a los niños y sus padres, especialmente cuando se enfrentan a procedimientos médicos incómodos o temores. La empatía y el alivio de la ansiedad son esenciales.

Educación al paciente y los padres: Proporciona información básica sobre el cuidado de la salud infantil, la alimentación, la higiene y la prevención de enfermedades, asegurándose de que los padres comprendan las recomendaciones

del pediatra.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de la información relevante en los registros médicos electrónicos o en papel, incluyendo los resultados de las pruebas, procedimientos realizados y observaciones clínicas.

Limpieza y desinfección: Después de cada consulta, el TCAE se encarga de limpiar y desinfectar la sala de examen y los instrumentos utilizados, manteniendo un entorno seguro y libre de infecciones.

Coordinación de citas y seguimiento: Ayuda en la programación de citas de seguimiento y hace un seguimiento de los niños para asegurarse de que sigan las indicaciones médicas y realicen los exámenes o tratamientos necesarios.

La presencia y habilidades del TCAE en la consulta de pediatría son fundamentales para garantizar que los niños reciban una atención de calidad en un entorno amigable y que los padres se sientan cómodos y bien informados. Su colaboración contribuye significativamente a la salud y el bienestar de los más jóvenes.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda realizar estudios recientes para mejorar el funcionamiento de la consulta de pediatría con un enfoque en:

Telemedicina pediátrica: Investigar cómo la telemedicina puede ampliar el acceso a la atención pediátrica, brindando consultas virtuales para seguimiento de enfermedades crónicas y atención médica básica, lo que podría ser especialmente beneficioso en áreas rurales o remotas.

Atención centrada en la familia: Estudiar estrategias para involucrar a los padres de manera efectiva en la atención de sus hijos, fomentando la participación activa y la comprensión de las recomendaciones médicas.

Educación en línea: Desarrollar programas de educación en línea para padres y cuidadores sobre temas de salud infantil, promoviendo prácticas de crianza saludables.

Gestión de citas y tiempos de espera: Investigar métodos para optimizar la programación de citas y reducir los tiempos de espera en la consulta de pediatría, mejorando la eficiencia y la satisfacción de los pacientes.

Seguimiento de pacientes pediátricos: Evaluar cómo se realiza el seguimiento de pacientes con afecciones crónicas pediátricas, garantizando un monitoreo adecuado y la continuidad de la atención.

Estos estudios pueden contribuir significativamente a la mejora de la calidad y la eficiencia de la atención en la consulta de pediatría, asegurando que los niños reciban atención médica de alta calidad y que sus padres estén bien informados y participen activamente en su cuidado.

6 Bibliografía

Torres Álvarez, M. (2022). Programación didáctica del módulo profesional “Técnicas básicas de enfermería” del primer curso de Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería y desarrollo de una unidad de trabajo.

Capítulo 253

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería contribuye activamente a la recuperación física y mental del paciente tras la cirugía, lo que desempeña un papel crucial en el cuidado postoperatorio del paciente. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es un miembro más del equipo que trabaja en conjunto con el personal de enfermería para apoyar sus esfuerzos mientras se mantiene en contacto con los pacientes, se les debe brindar una atención integral y determinando sus necesidades hasta su alta de los centros hospitalarios.

Después de la intervención, los cuidados postoperatorios comienzan y duran durante la recuperación de los pacientes y hasta que esté no esté listo para aban-

donar las instalaciones. Los cuidados se categorizan según la etapa postoperatoria (inmediata, que es el momento más crucial, y mediata o continua, donde se valora el autocuidado y la educación para la salud), así como según la evolución del paciente (puede ser normal y patológica, que cursa con complicaciones).

El postoperatorio inmediato dura hasta que el paciente vuelve a despertar, sus signos vitales son estables y se encuentra en la sala de reanimación, donde cada cama cuenta con su equipamiento específico para la atención, como toma de oxígeno, aspirador, monitores, etc.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares en enfermería en el postoperatorio

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realizará tareas como recibir pacientes y obtener su historia clínica completa, acomodar al paciente en la posición prescrita por el médico, revisar la ventilación pulmonar, tomar las constantes cada 10 o 15 minutos, revisar la coloración, temperatura y humedad de la piel, aplicar la escala de Glasgow para determinar el estado de conciencia, comprobar la permeabilidad de las sondas, sistemas séricos y drenajes, y anotar los signos vitales del paciente. Estas tareas se realizarán en coordinación con la enfermera. El paciente es trasladado del quirófano al piso de hospitalización en el postoperatorio inmediato, por lo que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener su habitación habilitada con todo lo necesario.

Es necesario incluir el historial médico. Cuando el paciente llega a la unidad, el personal de enfermería realiza una evaluación preliminar de su estado.

Durante este tiempo, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería deben brindar otro conjunto de cuidados, que incluyen tranquilizar al paciente, aliviando su ansiedad, alertar a la enfermera si hay dolor, realizar actividades que promuevan la tos y la expectoración, evaluar la micción, ayudar con la higiene y vestirse, vigilar apósitos y vendajes, favorecer el descanso y el sueño, favorecer el movimiento y la deambulación si no está contraindicado, realizar equilibrio de líquidos y colocar barreras como método de prevención de lesiones. Es necesario animar al paciente a seguir la dieta recomendada. Dependiendo de si el paciente está recibiendo nutrición enteral o parenteral, necesitaremos brindarle diferentes tipos de atención. Verificar que la bandeja de comida se ajuste a la dieta recomendada por el médico, que suele ser progresiva y se compone de alimentos absolutos, líquidos, semiblandos, blandos y basales, antes de servirla.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es un componente crucial del cuidado postoperatorio, realizando tareas y manteniendo un buen control para la recuperación de los pacientes, haciéndolo sentir bienvenido para facilitar su estadía durante un momento difícil y estresante como es un procedimiento quirúrgico, y realizando su trabajo siempre de manera coordinada, con importantes acciones realizadas antes, durante y después de una intervención quirúrgica en colaboración con el equipo del personal de enfermería y bajo la supervisión del personal de enfermería.

Capítulo 254

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN ANTE EL PACIENTE QUEMADO HOSPITALIZADO

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

1 Introducción

Se denomina quemadura a cualquier lesión en la piel provocada por un traumatismo físico o químico, como electricidad, radiación, calor, frío, etc. Las proteínas del tejido se desnaturalizan como resultado y la quemadura puede afectar solo la superficie de la piel o provocar la destrucción completa de los tejidos afectados. Debido a la pérdida de la barrera contra los microorganismos, también puede resultar en pérdida de líquidos, pérdida de calor e incluso una infección. Cuando se trata de un paciente que ha sufrido quemaduras, primero es importante evaluar la salud general del paciente y, al principio, no tener en cuenta la quemadura.

Las quemaduras se pueden clasificar en quemaduras de primer grado, segundo grado y tercer grado según la gravedad de la lesión.

- Quemaduras de tercer grado. Todo el espesor de la piel se ve afectado. Debido a la implicación de las terminaciones nerviosas, son indoloros. Presentan vasos sanguíneos trombosados y color blanquecino. Tienen graves secuelas y con frecuencia requieren intervención quirúrgica.
- Quemaduras de primer grado. Solo afectan a la epidermis, pero son insoportablemente dolorosos. Hay inflamación, pero la integridad de la piel se conserva y, después de 3 a 4 días, generalmente se recupera por completo.
- Quemaduras superficiales de segundo grado. Provocan la aparición de ampollas en toda regla en la dermis papilar. El retorno venoso es normal, son dolorosas y de color rosado. Suelen desaparecer al cabo de 7-8 días.
- Quemaduras profundas de segundo grado. La dermis reticulodérmica se ve afectada. Se diferencia de las anteriores porque las ampollas se han roto, la piel es menos sensible y hay menos retorno venoso.

2 Objetivos

Conocer las técnicas y procedimientos que debe realizar un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado de pacientes quemados hospitalizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Sea cual sea el grado de la quemadura, es importante recordar que están pueden generar serios problemas y riesgos para la salud del paciente, es fundamental que se analice no solamente el grado de la quemadura, sino también la superficie del cuerpo lesionada a fin de determinar los cuidados que se requieren en cada situación. En una situación de emergencia donde la persona se ve implicada por fuego resultando afectada por quemaduras, los cuidados inmediatos se hacen

imprescindibles para su supervivencia, puesto la valoración de su estado físico en relación con la vía aérea es imprescindible. En estas circunstancias, el mantenimiento de una buena ventilación para obtener una adecuada saturación de oxígeno es fundamental y en algunos casos determina su supervivencia posterior.

Lo primero y más importante es explicarle al paciente lo que se hará. Para la limpieza se requiere un mínimo de dos TCAE, dos enfermeras y dos celadores, y si la quemadura es grave, también necesitamos que el paciente haya recibido anestesia previa por parte del equipo de analgesia del servicio de UCI. Estos pacientes están siendo tratados en el piso de cirugía plástica del hospital, que cuenta con un baño exclusivo para limpieza y cuidado de quemaduras.

Con la ayuda de los enfermeros, el paciente es trasladado hasta allí y colocado en una camilla grúa que se introduce en la bañera. La limpieza se inicia en las zonas no afectadas, luego se limpian las zonas quemadas utilizando guantes y gasas esterilizadas, tocando ligeramente las zonas sin frotar, y una solución que contiene clorhexidina al 1%. Utilice compresas esterilizadas para secar ligeramente el área después de enjuagar con solución salina. Utilizamos gasas esterilizadas para cubrir las quemaduras para que el personal de enfermería pueda tratarlas posteriormente.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado brindado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería disminuirá notablemente las complicaciones y asegurará su pronta recuperación del paciente. Para un perfecto cuidado de la salud, el auxiliar de enfermería, debe identificar las necesidades de salud, fijar las prioridades y realizar una planificación, garantizando el bienestar y la calidad de vida

Un aumento en la comodidad del paciente, la limpieza y desinfección para prevenir infecciones en las áreas afectadas y la preparación para la atención de seguimiento por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son beneficios de una buena colaboración y coordinación entre profesionales médicos.

6 Bibliografía

- Pérez MT, Martínez P, Pérez L y Cañadas F. (2011) Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud.

- Villanueva B. Resumen conferencia Asistencia de Enfermería de los pacientes con quemaduras.

Capítulo 255

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN EL CORRECTO ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

1 Introducción

En este caso particular de un paciente hospitalizado en los distintos servicios de un hospital, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el profesional principal encargado de la adecuada higiene del paciente.

El trabajo a realizar estará muy relacionado con las necesidades del paciente en cuanto a higiene corporal. Los pacientes independientes y sin problemas de movilidad descuidan ocasionalmente su higiene personal por motivos culturales o personales. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería hará un esfuerzo por educar e informar al paciente así como a los cuidadores presentes o responsables sobre el valor de mantener una higiene diaria y adecuada.

Se cree que los seres humanos tienen una necesidad básica de higiene, que es necesaria para mantener y cuidar su salud. Hay ocasiones en las que un paciente enferma y no puede realizar esta higiene personal debido a una disminución de la movilidad o problemas de salud mental.

En estas situaciones el papel del técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE) es fundamental. Este experto debe evaluar el estado de la piel del paciente, su movilidad e intentar estimular la circulación de los órganos afectados y las secreciones pulmonares. Siempre se debe considerar el sentido de autoestima del paciente y la comunicación debe ser abierta.

2 Objetivos

Explicar y enumerar las distintas acciones llevadas a cabo por el técnico auxiliar de cuidados de enfermería en la higiene personal de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Previo a iniciar la higiene personal del paciente, el primer paso será considerar el tipo de higiene que se realizará y todos los accesorios que se requieren para realizarla.

Se pueden plantear las siguientes cuestiones:

- Si el paciente quedará inmovilizado en la cama o si la limpieza se realizará en el baño. También es crucial considerar si el paciente cooperará con nosotros. Todos los suministros necesarios estarán listos y disponibles una vez que hayamos explicado adecuadamente lo que pretendemos hacer en primer lugar. Estos accesorios pueden incluir geles, cremas, esponjas, bolsos y pañales. Naturalmente, si es necesario, utilizaremos un asiento, una barandilla y otros elementos de seguridad. Siempre se limpia primero la parte más limpia del cuerpo del paciente, seguida de la más sucia. Empezando por la cara, la nariz, las orejas, el cabello y, si el paciente es hombre, afeitarse tiene más sentido.

- Los hombros, el abdomen y el resto de las extremidades inferiores se cubrirán más adelante. Lo último que habrá que limpiar serán los órganos genitales.
- Para evitar rozaduras y mayores daños en la piel, se secará suavemente al paciente con toques. Inmediatamente después, en cuanto la piel se haya secado, se aplicará la crema para evitar rozaduras y otras situaciones desagradables. Además de hidratar al paciente, las cremas también se pueden utilizar para masajear sus piernas y, si es necesario, aumentar la circulación.
- Lo ideal será cambiar la ropa de cama, sábanas y fundas de almohada después de levantar al paciente de la cama para limpiarlo. Para prevenir lesiones físicas en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, los procesos de traslado del paciente a los distintos lugares donde será aseado deben realizarse con sumo cuidado.

5 Discusión-Conclusión

Se podría dar a entender que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son los principales responsables de enseñar al paciente y su familia sobre hábitos de higiene personal y aseo, demostrando las diversas tareas de limpieza que requerirá el paciente enfermo después de ser dado de alta del hospital. Una limpieza diaria constante y adecuada es crucial para la salud del paciente. Para prevenir complicaciones dermatológicas, muy habituales en pacientes encamados, la piel debe estar en buen estado. Nuestra higiene diaria debe mantenerse aunque la enfermedad nos deje inmóviles. Como hemos mencionado anteriormente, la formación adecuada del profesional es fundamental para completar las tareas que tiene entre manos.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/funciones-tcae-paciente-encamado/>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-del-aseo-que-desarrollael-tcae-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-pacientedependiente-hospitalizado/>

Capítulo 256

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCION DE PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

1 Introducción

La mortalidad infantil se encuentra actualmente en niveles muy bajos si se comparan con datos del pasado reciente, lo que se debe en gran parte a la atención hospitalaria de los niños, que es un recurso muy importante. Enfermedades que antes eran mortales, como la apendicitis, ahora están estrictamente controladas y rara vez provocan la muerte.

Los padres y otros miembros de la familia se preocupan mucho cuando un niño ingresa en el hospital, ya sea recién nacido o no. Se trata de un cambio en la rutina diaria de toda la familia, lo que la convierte en una situación estresante. En algunas circunstancias, se ven obligados a trasladarse aún más lejos de sus hogares, a hospitales más grandes. Sobre todo, esta circunstancia se da en enfermedades con síntomas más severos y tiempos de tratamiento y recuperación más prolongados.

Como es habitual, los padres se muestran confundidos y llenos de dudas al conocer los distintos diagnósticos y tratamientos. Para aclarar estas dudas en un primer momento estarán presentes los médicos, pero diariamente será responsabilidad del personal de enfermería y de los TCAE asistir, orientar y consolar

a los familiares. En la medida de lo posible, mantenga la normalidad durante su estancia en el hospital.

2 Objetivos

Detallar las funciones que son llevadas a cabo por el TCAE en el servicio hospitalario de pediatría, tanto a nivel físico, de cuidados, como a nivel psicológico.

3 Metodología

Para llevar a cabo el trabajo actual, se han recopilado una serie de datos recogidos de distintos artículos científicos. De las principales bases de datos: Public, Medic, También se ha consultado en Google y en los temarios de oposiciones de las diferentes comunidades. Se han utilizado palabras claves como: pediatría, hospital, neonatos, familiares.

4 Resultados

El TCAE realiza una variedad de funciones en las unidades pediátricas de los hospitales.

Enumeremos algunos de ellos:

- Se completarán todas las tareas necesarias para garantizar que los pacientes estén adecuadamente alimentados y atendidos. respetando los horarios establecidos en el centro y proporcionando a cada paciente la alimentación adecuada.

Las papillas, los biberones y las dietas prescritos a cada paciente serán distribuidos y administrados por ellos. Ayudarán en la colocación y mantenimiento de sondas y drenajes en pacientes que los tengan.

Pasarán a la higiene personal de los pacientes, que requiere que estén limpios y ordenados.

- En el caso de los recién nacidos, serán ellos los encargados de pesar al niño, normalmente antes del desayuno; Esta información es crucial para tener una trayectoria de progreso.

La limpieza tendrá prioridad sobre el cambio de ropa de cama y ropa diaria de las cunas.

Trabjarán juntos para proporcionar a cada paciente la medicación prescrita bajo la supervisión constante del equipo de enfermería.

Luego procederán a instalar los termómetros y transferir los datos a la sección encargada de la supervisión.

Las muestras que se soliciten, como heces y orina, serán recogidas por ellos si es necesario, administrar enemas.

-Si un paciente necesita ser trasladado o trasladado con el fin de realizarle pruebas o consultas médicas, trabajará conjuntamente con enfermeras y celadores.

Proporcionarán apoyo psicológico tanto a la paciente como a sus familiares y serán empáticos, asertivos y comprensivos. Haciendo todo lo posible para que su tiempo con nosotros sea simple y agradable. Tanto el paciente como su familia se enfrentan a circunstancias difíciles. Especialmente con el niño enfermo, serán cercanos y cariñosos en un esfuerzo por hacer que su enfermedad sea menos grave. Se debe mantener en todo momento una buena relación con la familia.

5 Discusión-Conclusión

La atención que brinda el TCAE a las necesidades físicas y nutricionales del paciente contribuye al desarrollo de un ambiente de simpatía tanto para el paciente como para sus familiares.

Como mencionamos anteriormente, estas son circunstancias desafiantes, por lo que el hecho de que el personal de enfermería y TCAE brinden una atención cordial, compasiva, amorosa y optimista será de gran ayuda para la recuperación del paciente.

Cuando no hay esperanzas de curación, la condición del paciente a veces puede empeorar. Las funciones del TCAE ante esta situación serán apoyar a la familia y prestarles toda la ayuda necesaria para afrontar la situación.

Trabjará en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que el paciente experimente el menor dolor posible.

Un personal perfectamente cualificado y dispuesto a atender al paciente es el TCAE.

6 Bibliografía

-<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliaresde-enfermeria-en-uci-neonatal/>

-<https://revistamedica.com/tcae-unidad-de-neonatologia/#::text=Las20funciones%20del%20TCAE%20consisten,del%20equipo%20en%20sus%20tareass.>

Capítulo 257

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

ELENA GÓMEZ PALOMO

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

JENNIFER PEREZ HERRERA

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

Definen la odontología como una especialidad donde se basan en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de dientes, encías, lengua, paladar y todo el aparato estomatognático.

Es diferenciada en dos grupos:

1. Trabajo directo con el paciente serían los dentistas, los higienistas bucodentales, los TCAE y los cirujanos maxilofacial.
2. Profesionales no directos serían los protésicos dentales que será el encargado de la elaboración de las prótesis dentales.

Los TCAE en el servicio de odontología tienen varias funciones a desempeñar, se mantienen muy activos en el turno, puesto que son muy importantes para los demás profesionales.

2 Objetivos

Nuestros principales objetivos como TCAE en una clínica dental será proporcionar la mejor atención a nuestros pacientes desde que llegan a la clínica hasta que salen de ella, ayudar al dentista en todo momento, mantener limpia la sala después de cada uso, limpiar, desinfectar y esterilizar los materiales después de cada uso para que siempre estén listos para próximos tratamientos etc.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como bien he mencionado antes, son multitud las funciones que los TCAE tienen que realizar en una clínica dental, son los encargados de preparar el material que se vaya a necesitar en cada tratamiento, preparan los materiales para cuando se realiza un empaste, eliminan la saliva y el agua de los instrumentos que se han usado, ayudan al dentista durante toda la consulta dándole los materiales que vaya necesitando, aspirando saliva etc. También procuran que el paciente esté cómodo en la silla de la consulta, ayudan a realizar las radiografías, limpian, desinfectan y esterilizan cada material, son los encargados de que las salas estén limpias después de cada uso y después de cada paciente.

Son los que actualizan las historias clínicas de los pacientes después de cada tratamiento para que quede constancia para la próxima visita, y a cada paciente, al terminar, le agencian otra cita si la precisa y promocionan la salud bucal usando los protocolos de atención en salud.

Además, proporcionan tranquilidad a los pacientes, muchos de ellos entran en pánico a la hora de sentarse en el sillón de la consulta, incluso llegando a desmayarse. Antes de cada tratamiento, avisarán a los pacientes para no ponerlos más nerviosos y les acompañarán a recepción al terminar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del TCAE son muy amplias y variadas, lo más importante es el bienestar de los pacientes y que todo se mantenga limpio y desinfectado, controlar muy bien las fechas de caducidad para evitar problemas al usar algo pasado de fecha, llevar muy bien el control de las citas a nuestros pacientes para que no haya errores, y debemos tener una buena presencia, ya que van a ser muchos los pacientes que nos verán día a día.

Además de todas las tareas que tenemos, unas de las más importantes son mantener tranquilos a los pacientes para que no entren en pánico y todo el tratamiento se pueda realizar de manera correcta.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-odontologia/>
- <https://vsip.info/funciones-del-tcae-en-el-consultorio-dental-pdf-free.html>

Capítulo 258

RELACIÓN ENTRE SALUD Y ALIMENTACIÓN

OLGA MARIA GONZALEZ SUAREZ

1 Introducción

Se define la vida saludable como aquella que va enfocada a mantener nuestro cuerpo en su estado natural, evitando y previniendo así los factores de riesgo para la salud a lo largo de nuestra vida. El mantenimiento de una dieta equilibrada y la realización de ejercicio físico moderado es un factor que favorece que disminuyan los factores de riesgo de padecer enfermedades, protegiendo nuestro organismo de agentes externos.

Por todo esto, se puede decir que la alimentación saludable es aquella que aporta al individuo las cantidades necesarias de nutrientes que va a necesitar en cada etapa que vaya cumpliendo en su vida. Es importante recalcar este dato, ya que es evidente que no necesitarían los mismos nutrientes ni en la misma cantidad un bebé que un adolescente, o un adulto. También hay otros factores a tener en cuenta a la hora de elegir una alimentación adecuada a nuestras necesidades. Es importante tener en cuenta la edad, pero también el sexo, la complexión física, ya sea peso o altura, así como una estimación aproximada de la actividad física que el sujeto realiza un día cotidiano, todo ello en pos de elegir una dieta rica en los nutrientes necesarios para preservar el correcto funcionamiento de nuestro organismo en cada momento.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer diferentes consejos y recomendaciones de interés que nos permitan descifrar cómo mantener un estilo de vida saludable que nos permita disfrutar de la vida previniendo patologías y enfermedades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La búsqueda de información a través de fuentes veraces nos proporciona el dato de que el consumo diario de frutas y verduras, preferiblemente crudas porque la cocción oxida determinadas vitaminas que se encuentran en las mismas, disminuye sensiblemente el riesgo de padecer enfermedades de tipos muy variados, como cáncer de pulmón, de esófago, de estómago, de colon o recto. No hay que olvidar que es importante el consumo diario de frutas y verduras, pero también que es muy necesario para el organismo el consumo e ingesta de otro tipo de alimentos. De hecho, hay estudios que avalan que nuestra dieta mediterránea, consistente en el consumo de legumbres y verduras, sumado al consumo habitual de carne roja, blanca o pescado y al de frutos secos y todo ello bañado con nuestro tan preciado oro líquido, el aceite de oliva, forman el combo perfecto para gozar y mantener una buena salud. También es muy importante el consumo de productos lácteos, que favorecen al mantenimiento de los huesos; y de grasas saludables. No debemos olvidar que erradicar completamente el consumo de grasas y azúcares no necesariamente significaría una maximización de nuestra salud, ya que en el equilibrio se encuentra el punto de la salud.

Para complementar el mantenimiento de esta vida saludable, hay que sumar un factor tan determinante como puede ser el ejercicio físico, que no necesariamente ha de ser siempre intenso, sirviendo una actividad moderada destinada al correcto mantenimiento de músculos y estructuras óseas.

Como último punto, debemos de poner de relieve la necesidad de evitar el consumo de sustancias nocivas para nuestro organismo como pueden ser el tabaco o el alcohol, que además de producir efectos adversos en nuestra salud física, pueden llegar a afectar a la mental, siendo potenciales estimulantes de trastornos mentales relacionados con el consumo a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

Para gozar de una buena salud y mantener en un mínimo las enfermedades y patologías evitables debemos controlar nuestra alimentación y mantenernos físicamente activos. Recordemos que es importante también huir del consumo de sustancias perjudiciales o reducir su consumo al mínimo y no abusar de productos procesados o con un muy alto nivel de azúcar de manera regular. Todo esto nos va a ayudar a reducir al mínimo las posibilidades de contraer enfermedades coronarias, controlar los niveles de azúcar en sangre, el colesterol, la tensión y un sinfín de enfermedades degenerativas como puede ser el Alzheimer. En resumen, mantener una vida ordenada en cuanto a la alimentación se refiere, disminuir el consumo de sustancias perjudiciales, dormir al menos 8 horas al día, ingerir al menos 2 litros de agua y mantener una vida activa nos ayudará no solo a alargar potencialmente nuestra vida, sino a tener una mayor calidad de esta.

6 Bibliografía

- <http://www.aeal.es/alimentacion-y-nutricion/3-alimentacion-saludable/>
- <https://www.who.int/es>
- <https://www.contraelcancer.es/es>
- <https://www.muyinteresante.es/temas/nutricion/>
- <https://www.muyinteresante.es/temas/alimentacion/>

Capítulo 259

PROMOVIENDO LA SALUD DEL SISTEMA NERVIOSO: PERSPECTIVAS DESDE LA COMUNIDAD Y EL HOSPITAL

MARIA JOSE ALVAREZ VEGAS

1 Introducción

La salud comunitaria y hospitalaria es una piedra angular en la atención médica contemporánea, y su enfoque holístico es crucial para abordar diversos aspectos de la salud humana. Dentro de este vasto campo, el sistema nervioso emerge como un actor principal. Este capítulo se sumerge en el complejo tejido de la salud comunitaria y hospitalaria en relación con el sistema nervioso, examinando como estas dos esferas pueden unirse en la promoción y protección de este sistema esencial.

Nuestro sistema nervioso, una maravilla biológica, orquesta todas las funciones corporales y se erige como la esencia de la experiencia humana. Sin embargo, su vulnerabilidad ante una variedad de desafíos, desde trastornos neurológicos hasta el estrés de la vida moderna, hace que su cuidado y protección sean imperativos. La salud comunitaria se presenta como el primer punto de contacto en la prevención, educación y promoción de un sistema nervioso saludable, llevando consigo la responsabilidad e informar y empoderar a las personas para cuidar su bienestar cerebral.

Por otro lado, los entornos hospitalarios desempeñan un papel vital en el diagnóstico y el tratamiento de afecciones neurológicas complejas. Aquí, los profesionales de la salud despliegan su experiencia para abordar enfermedades como el

Alzheimer, la esclerosis múltiple o lesiones cerebrales traumáticas. Además, los hospitales actúan como centros de referencia para la capacitación de personal médico especializado en la neurología, contribuyendo a la continua mejora de la atención neurológica.

2 Objetivos

Los objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la prevención y el cuidado del sistema nervioso en la comunidad y el entorno hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La investigación en torno a la promoción de la salud del sistema nervioso desde la perspectiva de la comunidad y el hospital ha arrojado resultados reveladores que subrayan la necesidad de un enfoque integral en la atención neurológica.

Un resultado destacado es la eficacia de las iniciativas de educación comunitaria en la promoción de la salud nerviosa. Programas que abordan la prevención de lesiones cerebrales traumáticas, la gestión del estrés y la promoción de estilos de vida saludables han demostrado reducir de manera significativa los riesgos de trastornos neurológicos en las comunidades locales. Estos programas no solo educan a la población sobre los factores de riesgo y las medidas preventivas, sino que también empoderan a las personas para tomar decisiones más saludables en su vida diaria. Los resultados han revelado una disminución notable en las tasas de lesiones cerebrales traumáticas y una mayor conciencia sobre la importancia de la salud mental en la comunidad.

Dentro de los entornos hospitalarios, los resultados son igualmente alentadores. La colaboración fructífera entre investigadores clínicos y básicos da lugar a avances significativos en el tratamiento de enfermedades neurológicas. Terapias específicas dirigidas a tratar enfermedades neurodegenerativas, que alguna vez

parecieron inalcanzables, son ahora una realidad. La investigación traslacional, que conecta hallazgos de laboratorio con aplicaciones clínicas, ha mejorado significativamente la eficacia de los tratamientos y la calidad de vida de los pacientes con afecciones neurológicas. Resultados específicos de ensayos clínicos han demostrado la eficacia de tratamientos farmacológicos y terapias de rehabilitación en la recuperación de pacientes con lesiones cerebrales traumáticas, ofreciendo esperanza y mejores resultados para quienes padecen estas afecciones.

Además, la colaboración entre hospitales y comunidades ha demostrado ser beneficiosa para el acceso a servicios de atención neurológica. Los programas de atención compartida permiten una transición más fluida para los pacientes desde el entorno hospitalario hacia la atención comunitaria, garantizando que reciban el apoyo necesario en cada etapa de su tratamiento. Esto es especialmente relevante para pacientes con enfermedades crónicas del sistema nervioso que requieren un cuidado a largo plazo y una red de apoyo sólida. Los resultados han demostrado que esta colaboración disminuye las tasas de rehospitalización y mejora la calidad de vida de los pacientes a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente, se puede decir que la colaboración efectiva entre hospitales y comunidades puede mejorar significativamente la atención y la prevención de trastornos neurológicos. Se considera la importancia de la educación pública y las intervenciones tempranas para abordar estos problemas de manera integral. En conclusión, la salud del sistema nervioso es un componente esencial de la salud general, y su cuidado debe abordarse tanto en la comunidad como en el entorno hospitalario.

La colaboración entre estos dos ámbitos puede tener un impacto significativo en la prevención el manejo de trastornos neurológicos, mejorando la calidad de vida de las personas.

Capítulo 260

PIE DIABÉTICO Y SUS CUIDADOS

EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA

1 Introducción

El pie diabético es una de las principales complicaciones de la diabetes. Se desarrolla debido a dos factores que son o un daño nervioso o mala circulación o ambas al mismo tiempo. La afectación en los nervios recibe el nombre de neuropatía lo que produce una falta de sensibilidad en este caso en las terminaciones nerviosas del pie, en cambio si a lo que afecta es a la circulación estaremos hablando de una arteriopatía. Esta patología tiene su origen en un mal control de la diabetes en general.

Algunos de los signos y síntomas que suele padecer el paciente con pie diabético son:

Iniciales: sensación de hormigueo y entumecimiento; dolor y ardor; dolor y ardor; pérdida de pelo en la zona de piernas y pies; pies hinchados; ausencia de sudoración en los pies; heridas que no llegan a curarse; calambres en los gemelos al andar o cuando se está descansando.

Cuando se agrava la situación: variación en el color de los pies, como puede ser color morado; deformación o hinchazón excesiva del pie; cambios en la temperatura de los pies, o muy fríos o muy calientes; ampollas o heridas que no se sienten; mal olor de una herida abierta.

El resultado de padecer pie diabético puede ir desde la hospitalización hasta la amputación de un dedo o del pie completo. Por eso es muy importante la higiene y el cuidado de los pies en este caso, tanto para la prevención como para el posterior cuidado durante el tratamiento.

2 Objetivos

Informar sobre la higiene y los cuidados que tiene que llevar a cabo una persona con riesgo de desarrollar este tipo de patología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado una búsqueda sistemática a través de diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

Cuidados Generales del Pie Diabético.

- Evitar caminar descalzo. El daño en los nervios puede anular la capacidad de sentir cualquier tipo de objeto que pueda clavarse o rozar el pie. Siempre llevar calzado para disminuir el riesgo.
 - Lavar los pies todos los días con agua tibia y jabón neutro, importante a la hora de realizar el secado de los mismos de secarlos a golpecitos nunca frotando y prestar especial atención en los espacios interdigitales.
 - Usar loción para mantener la piel de los pies suave e hidratada, evitar echar crema entre los dedos.
 - Cortar las uñas de los pies sin darles forma curva. También no cortar las esquinas. Recomendable utilizar una lima. Si se detecta una uña encarnada acudir a su médico.
 - No emplear soluciones antisépticas, almohadillas de calor ni medicamentos de venta libre. En ningún caso colocar los pies sobre o muy cerca de estufas o radiadores.
 - Intentar en la medida de los mantener con una buena temperatura los pies, utilizando por ejemplo calcetines flojos en la cama, que no se mojen cuando llueva o nieve. Emplear un calzado adecuado en invierno.
 - Dejar de fumar, ya que este tipo de vicio daña de forma considerable los vasos sanguíneos y disminuye los niveles de oxígeno en el organismo, el fumar combinado con la diabetes aumenta de forma sustancial el riesgo de amputación.
- A la hora de realizar la inspección diaria hay que seguir los siguientes pasos:
- Revisar los pies todos los días.

- Examinar los pies en busca de magullones, puntos de presión, enrojecimiento, puntos de calor...
- En aquellos casos en los que no pueda realizar la revisión solo pedir ayuda para que le ayuden o utilizar un espejo para llegar a los sitios más difíciles.
- Observar cada pie y comprobar que no estén inflamados.
- Examinar de forma exhaustiva las plantas de los pies y las bases de los dedos.

5 Discusión-Conclusión

La educación para la salud en este tipo de patologías, como lo es el pie diabético, es crucial tanto para su prevención como para su tratamiento ya que permite detectar cualquier tipo de modificación en los pies del paciente de forma que la búsqueda de un tratamiento sea lo más rápida posible.

Estas recomendaciones citadas anteriormente a lo largo del capítulo, si se llevan a cabo reducen considerablemente el riesgo de desarrollar un pie diabético neuropático o arteriopático. En este aspecto los profesionales sanitarios tienen un papel clave en la prevención del mismo, ya que son ellos quien tienen que ayudar al paciente a entender su situación y a resolver todas las dudas que tenga el mismo.

6 Bibliografía

1. Cuidados de los pies en el diabético. Cuidados en casa y consejos. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 4 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidado-pies-diabetico>.
2. CUIDADO DE LOS PIES EN EL PACIENTE DIABÉTICO [Internet]. Sergas.es. [citado el 4 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/ConsejosSalud/pies.htm>.
3. Cuidado del pie diabético (Care of the Diabetic Foot) - OrthoInfo - AAOS [Internet]. Aaos.org. [citado el 4 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://orthoinfo.aaos.org/es/treatment/cuidado-del-pie-diabetico-care-of-the-diabetic-foot/>.

Capítulo 261

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA ATENCION PRIMARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE SALUD

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

El derecho a la salud se reconoce gracias a la promulgación de la Constitución Española en su artículo 43.1 atribuyendo a los poderes públicos la organización y protección a través de los servicios necesarios, tal y como lo recoge en su artículo 43.2. Más tarde se dicta la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con el objetivo de sentar las bases para dar un servicio coordinado y general en toda España.

Los centro de salud o centros de atención primaria, constituyen el primer nivel del sistema sanitario de atención al ciudadano, prestando un servicio global e

integral a su salud, de prevención y rehabilitación de la misma. En los centros de salud trabaja un equipo de profesionales como son los médicos, enfermería, TCAE y celadores, además de auxiliares administrativos, personal de limpieza, y otros médicos especialistas como fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc. El TCAE tendrá las funciones principales de apoyar al resto de compañeros, y ofrecer cuidados básicos de higiene, alimentación y atención a los pacientes, así como reponer material y suministros, llevar la agenda diaria y preparar la del día siguiente, etc.

A estos centros se accede fácilmente, tratándose gran variedad de patologías, atendiendo de forma programada a través de citas, de forma ambulatoria y en el hogar del paciente si no pudiera ir por sí mismo. También tendrán servicios de urgencias en horario diferente a las consultas normales de la mañana, normalmente de 15:00 a 8:00 horas del día siguiente, para descongestionar las urgencias del hospital.

2 Objetivos

- Definir que es la Atención Primaria en el actual sistema nacional de salud y los centros de salud.
- Definir las funciones que desarrolla el TCAE en los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente referente a la labor del TCAE en Atención Primaria. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: atención primaria, TCAE, centro de salud, funciones del TCAE.

4 Resultados

La atención primaria da servicio en los centros de salud, de manera que en aquellas zonas territoriales con menos población en la que no es rentable instaurar un centro de salud, se crearán los llamados consultorios, que ofrecerán atención

uno o dos días a la semana con los mismos trabajadores que irán cada día a un consultorio de la Zona Básica de Salud, así se garantiza que todos los ciudadanos tengan un acceso en condiciones de igualdad, aunque no sea de forma diaria como si fuera en un centro de salud. En realidad, cada centro de salud ofrece unos indicadores de como se encuentra la salud en ese ámbito territorial.

En el centro de salud no existe únicamente el médico, personal de enfermería, y el TCAE y uno o dos celadores, sino que se cuenta también con: fisioterapeutas, matrona, pediatría, salud buco-dental, psicología, trabajadores sociales, pruebas diagnósticas, prevención de la salud en mayores de 14 años.

El TCAE tendrá las siguientes tareas en su trabajo en la atención primaria:

- Dar su apoyo al equipo médico y de enfermería en las funciones que se realicen sobre la prevención de enfermedades, o concienciación de pautas saludables a la población, así como otras tareas que le encomienden ambos equipos, dentro de su competencia.
- Llevar a cabo inventarios para saber el número de existencias que hay y que faltan, hacer pedidos periódicos de materiales y suministros, controlar la caducidad de los mismos o de los medicamentos, colocar los materiales de forma adecuada y organizada.
- Preparar los materiales, material fungible y el instrumental que se vaya a emplear en las consultas por los facultativos, observando que se encuentra en perfectas condiciones higiénico-sanitarias.
- Control de la temperatura, de la tensión, recoger muestras y apuntar las mediciones para su registro.
- Llevar a la central de esterilización aquellos utensilios o instrumental que deban pasar por ella para su posterior esterilización.
- Gestionar lo que se habla en la consulta para realizar las peticiones que se decidan.
- Tras la información aportada por el personal de enfermería o médico, realizar las tareas pautadas a los pacientes, siempre con amabilidad y empatía con respecto al paciente, preservando su dignidad.
- Reponer y limpiar los carros de curas y los de lencerías, con todo lo necesario para ese turno, y para el turno siguiente.
- Velar porque exista un adecuado entorno para el paciente, garantizando la higiene de las instalaciones, sin existencia de ruidos.
- Asistencia a los pacientes diabéticos, con el ofrecimiento y la información de insulina, sensores, tiras de medición de glucosa, etc.
- Ayudar al auxiliar administrativo en caso de que se lo pidan en cuanto a preparar la agenda del día siguiente, imprimir volantes, recoger datos de los pacientes,

programación de consultas, etc.

- En caso de que no hubiese celador, también realizarían sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

El centro de salud es la parte más importante de la asistencia a la ciudadanía, ya que le permitirá acceder fácilmente desde el lugar donde viva, pero en otros núcleos de población más pequeños, el servicio no será de forma continuada, sino que se crearán pequeños consultorios que abrirán uno o dos veces por semana para atender a los ciudadanos cercanos a los mismos. Dichos centros de salud estarán formados por personal multidisciplinar y muy profesional para atender enfermedades, realizar programas de prevención y cuidado de la salud, y en definitiva ofrecer un servicio sanitario de calidad y seguridad para los pacientes.

El TCAE será una parte importante del equipo, ya que servirá de apoyo a médicos y enfermería, realizará labores del celador, si no hubiera, algunas tareas administrativas, y sobre todo cuidar al paciente cuando acuda a consultas, informándole de cualquier duda que pueda resolverle y esté dentro de sus competencias. También realizarán inventarios de materiales, repondrá los carros de curas y de ropa, etc.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Temario técnico auxiliar en cuidados de enfermería, parte específica. Editorial MAD.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 262

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SUS FUNCIONES DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL MATERIAL SANITARIO

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

En los centros hospitalarios, centros de salud, ambulatorios, etc., se utilizan diferentes aparatos e instrumentales para las distintas actividades que en ellos se desarrollan relativos a la atención sanitaria de los pacientes, ya sean curas, aplicación de tratamientos, operaciones quirúrgicas, realización de pruebas diagnósticas, etc., utilizados tanto por médicos, cirujanos y personal de enfermería, entre ellos. Lo que implica que tras su uso, este material sea un perfecto vehículo para transmitir agentes infecciosos. De ahí surge la necesidad de la limpieza exhaustiva, desinfección y posterior esterilización de los mismos para su posterior uso,

previniendo la contaminación cruzada y la aparición de enfermedades nosocomiales como consecuencia de la estancia en los servicios sanitarios.

Y es que una infección hospitalaria se puede prevenir con la correcta desinfección y esterilización, y con el lavado de manos, además la utilización de EPI, como lo son las batas, guantes, calzas, mascarillas, etc. Los materiales serán:

1/ Desechables: como los guantes, y se tirarán una vez usados, ofreciendo la garantía de esterilidad siempre que el envoltorio esté en perfectas condiciones y no estén caducados. La ventaja es que no necesitan limpieza, desinfección ni esterilización, con el coste humano y económico que ello supone,

2/ No desechables: es decir, se pueden utilizar muchas veces, consistiendo su limpieza en: primero sumergirlos en agua fría para enjuagarlos, y pasándolos después al agua caliente con detergente, luego, se enjuaga con agua templada y se procede a su secado. El método ideal de esterilización del instrumental médico es el calor, debido a su eficacia y su menor coste.

2 Objetivos

Definir el deber del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) de conocer los distintos materiales e instrumentos que se utilizan en el ámbito sanitario, así como su limpieza, desinfección y esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente al deber del TCAE de conocer los métodos de limpieza y desinfección del instrumental sanitario, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores: TCAE, desinfección material sanitario, limpieza y desinfección de material e instrumental.

4 Resultados

El TCAE en el desarrollo de sus funciones debe conocer todos los aparatos, utensilios e instrumental que se utilizan en las consultas, plantas de hospitalización,

en UCI, en Reanimación, en Urgencias, de manera que tras su uso conozca el protocolo existente a la hora de desecharlo si fuera de un solo uso, o su limpieza y desinfección si fuera no desechable, preparándolo después para llevarlo a la central de esterilización, donde se garantizará la total seguridad a la hora de volverlo a usar, evitando así las infecciones nosocomiales y la contaminación cruzada.

Sus tareas serán las siguientes:

1/ Limpieza del instrumental clínico: su composición es de acero inoxidable y debido a su uso lo normal es que queden material orgánico como sangre, pus, gérmenes, etc., por lo que se tiene que actuar rápidamente de dos formas:

- Manual: enjuagar con agua fría, dejándolos un tiempo en remojo, para después frotar con estropajos o cepillos y jabón, con el agua caliente. A continuación se aclaran con agua hasta que se hayan eliminado los restos de jabón y se secan, con aire, estufas de calor o paños.

- Mecánica: con trenes de lavado en los que el agua no sobrepasa los 45 °C, o a través de los ultrasonidos.

2/ Las balas de oxígeno, bombonas de gasas, irrigadores, o sueros, se lavan con agua y lejía, aclarando y secando posteriormente.

3/ Los termómetros, se limpian con agua fría, sabiendo que la parte que toca la piel del paciente se coloca hacia abajo en un recipiente con algodón bien empapado en alcohol al 30%.

4/ Las cunas o incubadoras se limpian con agua y jabón, con un poco de desinfectante, algunas se llevarán a esterilización.

5/ La limpieza del carro de curas también deben de limpiarse, para ello se quita todo lo que contenga, para poder limpiarlo bien con una bayeta con jabón desinfectante, permitiendo que se seque para después colocar todo en su sitio, debiendo de reponer de lo que no haya o queden pocas existencias.

6/ Los materiales como las cuñas, palanganas, pies de gotero, botellas de orina, etc., se deben de desinfectar con agua y lejía, pero no será necesario que se lleven a la central de esterilización. Por ejemplo, las bateas si proceden esterilizarlas.

Además, existe una forma de saber si han quedado limpios los materiales sanitarios gracias a un test de suciedad, el cual permite averiguar si el proceso de lavado ha sido exitoso, ya que a veces a simple vista puede parecer que esté limpio, pero tras someterlos a este proceso se comprueba que no es así, estos test son: los indicadores químicos para comprobación de la cavitación, test para instrumental quirúrgico (TOSI) y el Test para objetos canulados.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE, en su turno de trabajo, al desarrollar las funciones que tiene designadas, debe saber que una de ellas será la de limpiar y desinfectar los distintos materiales, aparatos o instrumental que se han empleado en las diversas asistencias sanitarias a las que puede acceder el paciente, ya sean curas, operaciones quirúrgicas, realización de pruebas como TAC, resonancias, radiografías, etc., por lo que tras su uso, muchos de ellos serán desechables, pero otros tendrán muchos usos, por lo que deberá limpiarlos inmediatamente, antes de que se sequen los posibles restos biológicos que puedan quedar, después desinfectar, para a continuación llevarlos a la central de esterilización si fuera necesario.

Así, se evitará la propagación de patógenos, gérmenes, virus, hongos, que podrían producir infecciones y enfermedades tanto a pacientes, como a personal profesional que los está utilizando, favoreciendo la contaminación cruzada y la propagación de enfermedades nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial MAD.
2. www.sefh.es/bibliotecavirtual/antisepticos/3limpieza1.pdf.
3. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE MATERIALES DE USO SANITARIO (iesjuan-dearejula.com).
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 263

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON DEPRESIÓN

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

La depresión es un trastorno a nivel emocional de la persona, a la cual le invade una tristeza constante junto con una pérdida de interés a la hora de realizar su vida diaria, pero también a la hora de llevar a cabo planes de ocio o desconexión, se encuentran incapaces de hacer algo nuevo y salir de su zona de confort, que no es tanto confort como la persona siente, ya que es un estado de apatía y disconformidad con todo lo que le rodea. El paciente se encuentra con dificultades para dormir, sin ganas de comer, con taquicardias, etc., en definitiva afecta a nivel físico también.

Por ello es tan importante el tema de la salud mental, el cual es un tema bastante olvidado por los dirigentes y gobernantes, aunque en la actualidad algo están haciendo por reconocer la necesidad de inversión económica, material y humana

para dar salida a la necesidad de la población ante este problema, pero aun así, hay escasa atención y diagnóstico de los problemas de salud mental que tantas secuelas acarrearán, y algunas tan dramáticas como el suicidio.

El TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) tratará con pacientes depresivos en las unidades de salud mental o psiquiatría como es evidente, pero también habrá pacientes ingresados por otras causas que llevan consigo una depresión encubierta y que se atenúa por el motivo de su cuadro clínico, o que tras una noticia negativa sobre su enfermedad comienza a sentirse triste y abatido, con miedo y con rabia ante la nueva situación. El TCAE brindará su apoyo, su empatía y su colaboración para hacer que el paciente se encuentre tranquilo y esperanzado, incentivándolo para que vea la situación de otra forma.

2 Objetivos

Explicar las labores del TCAE a la hora de tratar a pacientes con depresión, alzando la importancia de tener un carácter amigable, empático y positivo a la hora de interactuar con estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del TCAE en el tratamiento con pacientes diagnosticados con depresión. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: TCAE, paciente con depresión, anciano con depresión.

4 Resultados

Para que se produzca una depresión existen una serie de factores que pueden desencadenarla, como son:

1/ Factores biológicos: repercute la disminución de un neurotransmisor llamado serotonina, y la prevalencia de enfermedades como la diabetes, el hipertiroidismo o procesos inflamatorios del organismo que afectan al cerebro, entre otras causas.

2/ Factores genéticos: tener familiares que la padezcan supone un aumento en la probabilidad de alrededor de un 30 %.

3/ Factores personales: como son la depresión postparto en las mujeres o en el embarazo, la franja de edad comprendida entre los 35 y los 45 años, así como vivencias de pérdida de trabajo, pareja, casa, problemas con los hijos o familiares, fallecimiento de familiares, enfermedades crónicas, padecimientos de dolores o molestias corporales, baja autoestima, falta de valoración personal, mentalidad de miedo y negatividad ante un futuro, etc.

Los TCAE realizarán las funciones básicas para todo tipo de pacientes como ya conocemos, como el aseo diario a quien lo necesite y no se pueda mover o levantar, colaborar en su alimentación, realizar cambios posturales para que descanse mejor, etc., pero ante este tipo de pacientes, actuará bajo una serie de premisas, de mayor atención y vigilancia de su ánimo y lo que manifiesta el propio paciente, veamos:

- Debido a su falta de ganas de comer o beber líquidos, el TCAE estará pendiente de lo que toman cuando se les ofrece la bandeja, incentivándoles a que beban más agua, zumos o infusiones.
- A veces suelen aislarse, no queriendo hablar con familiares, visitas o con los propios trabajadores del centro sanitario, por lo que se le intentará dar conversación, escuchando activamente, animándolo para que cuente alguna cosa que le preocupe, o algo que le resulte bonito de su vida, o que pasee en la medida de lo posible.
- El TCAE vigilará que haya tranquilidad y orden en las habitaciones de los pacientes, en los pasillos y zonas comunes, evitando que se formen discrepancias o ruidos entre los familiares.
- Éste tipo de pacientes tienen dificultades para dormir, por lo que el TCAE escuchará que es lo que le pasa, pidiendo a enfermería si le pueden dar una ayuda para poder dormir y estar tranquilo, ofreciéndole una infusión o vaso de leche caliente para que le ayude.
- Tener conversaciones con el paciente, aunque sabemos que el TCAE no tiene demasiado tiempo libre entre la atención a cada paciente y las labores internas que realizan, pero intentará sacar unos momentos para preguntarle sobre lo que hará cuando le den el alta, o que exprese sus inquietudes, aliviando un poco en sentimiento de soledad que pueda tener.
- Incentivarlo para que se haga el aseo diario por sí mismo, peinándose y echándose colonia y cremas, de manera que le haga sentir mejor consigo mismo y se incremente su autoconcepto.
- Si presentara un carácter violento, el TCAE intentará tranquilizarlo, teniendo

que pedir la colaboración de otros compañeros si hiciera falta, pudiéndose llegar al caso de necesitar medicamentos o medidas de contención para que no se lesione ni haga daño al resto de personas.

5 Discusión-Conclusión

La depresión es una enfermedad mental, es un trastorno emocional que afecta físicamente a la persona, la cual presenta apatía por la vida, desgana ante nuevos proyectos o planes de ocio, dificultades para dormir, falta de apetito, sentimientos de soledad y baja autoestima, miedos infundados sobre el futuro, etc. En definitiva necesita ayuda si este estado se prolonga en el tiempo, pudiendo necesitar farmacología o terapia para intentar ver la vida de otra forma, a veces las causas son fisiológicas, por una disminución en el nivel de serotonina, otras veces serán genéticas o por problemas personales.

El TCAE que esté en contacto con estos pacientes, siempre dará su mejor cara y sonrisa, intentando animarlos, teniendo una actitud amigable, cariñosa, empática, ayudándolo en las tareas más básicas, y motivándolo para que empiece a realizarlas por sí mismo si pudiera en la medida de lo posible, animándolo para que hable sobre como se encuentra, las cosas que le gustan y le hacen feliz, que hable de su familia, de sus logros personales, etc.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-salud-mental/>.
5. Plan de cuidados de enfermería sobre un paciente con depresión. (revistasanitariadeinvestigacion.com)

Capítulo 264

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

La unidad de oncología alberga a los pacientes que sufren cáncer en estados avanzados o de paliativos. El equipo médico y de enfermería deben hacer una valoración de forma continuada en estos pacientes, ya que puede que un día tengan una sintomatología, que aunque ya no se pueda curar, se puede tratar y mitigar, y al día siguiente tener controlado este síntoma pero tener otro nuevo.

En la unidad oncológica de agudos hay pacientes con situaciones muy complejas, sobre todo desde el punto de vista asintomático, por ello es muy importante que el equipo médico y de enfermería transmitan a los pacientes los cuidados desde la

empatía, la escucha activa, la comprensión y el cariño. El trato humano en estas unidades es muy importante.

La unidad oncológica, además de tratarse en el hospital, se trata en el centro de atención primaria, con las visitas a casa.

Tanto en el hospital como en la asistencia de Atención Primaria, el técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es una pieza clave en el cuidado de estos pacientes, ya que está presente en las rutinas del día a día, como puede ser la higiene personal del paciente, la alimentación, la deambulaci3n...

Además, en atención primaria, con las visitas a domicilio, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería trata de integrar a los familiares en los cuidados del paciente.

2 Objetivos

Conocer los cuidados que recibe un paciente oncológico, tanto en atención hospitalaria como en atención primaria, por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería interviene en todas las fases del tratamiento de los pacientes oncológicos, tanto en ingresos hospitalarios, cuidados en el centro de día, o visitas a domicilio desde atención primaria.

Sus tareas son múltiples, es indispensable para el buen funcionamiento del tratamiento de estos pacientes.

En el hospital de día, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene funciones como el control de admisi3n del hospital, el recibimiento de los pacientes,

así como el enseñarles el hospital y su funcionamiento, cumplimentará a las fichas a los nuevos pacientes y buscará el historial a los que ya estén con un tratamiento iniciado.

Colabora con el equipo de enfermería en las extracciones, reparte la medicación, y atenderá el timbre en toda la jornada laboral cuando los pacientes lo soliciten... Gracias a los hospitales de día, la mayoría de los tratamientos quimioterapéuticos o similares pueden ser administrados de forma ambulatoria.

El hospital de día tiene como finalidad que el paciente llega su tratamiento pero sin necesidad de ingresar en planta, y que pueda volver a su casa.

El TCAE también brinda apoyo a las enfermeras graduadas y a los médicos en lo que soliciten.

En cuanto a los cuidados del paciente en su domicilio, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe enfocarlos en la integración de la familia en los cuidados del mismo paciente.

En la higiene personal, cambios posturales para evitar las úlceras por presión, ayuda en la deambulación, así como fomentar la autonomía del paciente cuando sea posible.

Tanto la familia como el paciente, en esta situación, necesitan expresar sus emociones, por eso es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería aplique la escucha activa.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con cáncer suelen necesitar ayuda psicológica para afrontar su nueva situación, tanto si están en estadios menos avanzados como si están en paliativos.

Por ello, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel muy importante, ya que tiene una relación constante con los pacientes, tanto si están ingresados como si el servicio se desarrolla a domicilio desde la atención primaria.

También tiene muchísimo contacto con los familiares, en los pacientes oncológicos de paliativos, la familia y el paciente se trata como una misma unidad.

En los hospitales de día, pueden ir a recibir su tratamiento y volver a casa, esto facilita mucho el día a día para estos pacientes que necesitan tranquilidad y estar rodeados de las personas que son más familiares para ellos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-hospital-dia-oncologia/>.
2. <https://seor.es/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-de-cuidados-a-pacientes-en-Oncolog%C3%ADa-Radioter%C3%A1pica.pdf>.
2. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-hospital-dia-oncologia/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 265

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: FUNCIONES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

La odontología es una de las ramas de la ciencia de la salud encargada del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de los dientes, encías, tejido periodontal, la superior, el inferior y la articulación temporomandibular. Actualmente, existen consultas odontológicas tanto en los centros de atención primaria como en los centros hospitalarios, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería también pueden desarrollar su trabajo en clínicas odontológicas privadas.

En cualquier caso, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de odontología se puede dividir en dos bloques, en primer lugar tiene una función asistencial de ayuda directa al profesional, odontólogo, y en segundo lugar tiene una función de gestión de la clínica o consulta.

Cuando el técnico auxiliar en cuidados de enfermería desarrolla funciones de ayuda directa a odontólogo, estamos hablando de que participa activamente en la toma de radiografías y el revelado de las mismas junto con el odontólogo.

En cuanto al trabajo que desarrolla el TCAE en los gabinetes es muy amplio, ya que se encarga de la preparación del instrumental con ayuda del odontólogo, así como de su esterilización y revisión de funcionamiento y buen estado.

Una vez iniciada la cirugía, el TCAE, se encargará de acomodar al paciente, comprobará la iluminación, controlará la aspiración de segregaciones, es la encargada de transferir el material al odontólogo.

Como veremos a continuación, el trabajo del TCAE en la consulta odontológica es muy importante.

2 Objetivos

Exponer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la consulta odontológica de los centros de atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Actualmente, los centros de atención primaria cuentan con una consulta odontológica. En esta consulta nos atenderá un odontólogo y un técnico auxiliar en cuidados de enfermería, que trabajarán estrechamente en las cirugías y revisiones.

El TCAE es el encargado de ir llamando a los pacientes, que se encuentran en la sala de espera, según la lista agendada del día.

Identificará al paciente, lo acomodará en el sillón dental hidráulico equipado con los dispositivos adecuados para llevar a cabo las revisiones.

Seguirá los protocolos de higiene establecidos, lavándose las manos con agua y jabón y usando guantes según proceda.

Una vez que el odontólogo está atendiendo al paciente, el técnico auxiliar en cuidados de enfermería se encarga de darle el instrumental que vaya necesitando, mover la lámpara de luz para que el odontólogo vea correctamente, la aspiración de saliva, sangre, etc.

En cuanto a las funciones de gestión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de la reposición de todo el material que se necesite en consulta, revisará las fechas de caducidad junto con el odontólogo y enviará a esterilización el instrumental o realizará el mismo la limpieza.

Enviará las muestras biológicas al laboratorio, teniendo comunicación directa con el servicio.

Deberá tener un control exhaustivo de residuos y de los registros dosimétricos que se presentan cada mes.

Además, estará en contacto directo con los proveedores para la petición de materiales que se requieren en el centro.

También se encarga de la esterilización y limpieza de todas las superficies de la consulta, así como de la silla dental hidráulica.

La realización de todas estas tareas exige que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería o sea una persona comunicativa, dinámica y ordenada. Con habilidades para trabajar en equipo, proactiva y capaz de establecer empatía con los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que acuden a las clínicas odontológicas suelen acudir con cierto miedo, ya que en su mayoría van a someterse a cirugías en las que se les va a producir dolor.

Además, el simple hecho de una revisión o una cirugía provoca en el paciente algo de ansiedad. Por ello, es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sea empático y hable con un tono amable, sobre todo cuando el paciente es un niño.

En general, el trabajo del TCAE en una consulta odontológica es muy variado, ya que se encarga tanto de gestionar y mantener con una higiene adecuada la consulta, así como de tener un trabajo estrecho con el odontólogo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-odontologia/>.
2. <https://revistamedica.com/tcae-organizacion-consulta-odontologica/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 266

LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS

ANA LAURA RIOPEDRE ALVAREZ

1 Introducción

Empezaremos dando la definición de a lo que nos referimos cuando hablamos de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS): son aquellas infecciones que se producen durante la estancia del paciente en el centro y que se derivan de la atención sanitaria o de los cuidados recibidos.

Dentro de las IRAS incluimos a la infección nosocomial clásica (a la cual la organización mundial de la salud define como “cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible, que afecta a un paciente como consecuencia de su ingreso” y esto independientemente de que los síntomas aparezcan o no durante su hospitalización) y a las infecciones adquiridas por pacientes de la población en contacto con la asistencia sanitaria, es decir, como consecuencia de asistir a pruebas, consultas... (y no necesariamente estando ingresados).

También se definen como nosocomiales aquellas infecciones del personal sanitario derivadas y como consecuencia de su trabajo.

Fue el húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865) el primero en investigar y comprobar que el lavado de las manos con un antiséptico podía disminuir las muertes tras el parto, las cuales eran muy elevadas en aquella época.

A día de hoy continúa la gran preocupación mundial por este problema, pues constituye un riesgo permanente de la asistencia médica, con un alto índice de

morbilidad (entre el 1 y 1,5% de muertes directas) estancias (se alargan entre 2 y 11 días) y costes extras.

Afectan a entre el 5 y el 10% de los pacientes ingresados, y se estiman que el 50% de ellas podrían ser evitables.

2 Objetivos

- Informar y concienciar de la importancia de la higiene de manos.
- Dar a conocer las medidas básicas para una higiene de manos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han tomado como fuentes bibliográficas material didáctico propio.

Así mismo, se han consultado libros orientados al técnico en cuidados auxiliares de enfermería y las principales bases de datos científicas como Scielo, Medline-plus y PubMed.

4 Resultados

La seguridad del paciente, es algo esencial y el principal objetivo en la búsqueda de la excelencia asistencial, y para ello es necesario crear estrategias para reducir el daño innecesario al paciente derivado de su paso por la asistencia sanitaria.

Los objetivos están orientados a mejorar la cultura de la seguridad, la formación de los profesionales, la creación e introducción de prácticas seguras y de la implicación de los propios pacientes y resto de personas de la comunidad.

Las IRAS pueden llegar a ser muy difíciles de tratar, y actualmente existen diferentes tipos de gérmenes con gran resistencia a los antibióticos.

La OMS promueve la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria con su eslogan “Atención limpia es atención segura” siendo su campaña mundial “Safe live: clean your hands”, destinada a mejorar las prácticas de higiene de las manos del personal sanitario. Sin embargo, se ha comprobado que la adherencia global a esta medida no es muy alta.

El objetivo es concienciar sobre la necesidad de que los profesionales sanitarios lleven a cabo la práctica de la higiene de manos en el momento oportuno y de la forma apropiada, con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales en los centros sanitario.

La higiene de las manos debe realizarse en el punto de atención al paciente previamente y después de la asistencia.

Es preferible que se realice con los preparados de base alcohólica, siempre y cuando sea posible, ya que es más rápida, más efectiva y mejor tolerada (contienen emolientes). Cuando las manos estén sucias a la vista, se debe utilizar agua y jabón (empleando entre 40-60 segundos, mientras que necesitaríamos unos 20-30 para una limpieza con solución hidroalcohólica).

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del último siglo estudios y prácticas científicas han comprobado la eficacia de la higiene de manos en el ámbito hospitalario, además desde hace más de 50 años se conoce que los programas para el control y prevención de las infecciones provocadas durante la asistencia sanitaria disminuyen este problema de salud pública que es potencialmente prevenible y controlable.

Por lo que es de suma importancia, a nivel sanitario, económico y social, la necesidad de formar y concienciar a todos aquellos profesionales que desarrollen su trabajo en centros asistenciales en este tipo medidas de prevención de forma constante y continua.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario. Evangelina Pérez y Ana María Fernández. Sexta edición. Mc Graw Hill.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 267

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CENTROS DE SALUD

ROCIO ROJO MERCHAN

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

JENNIFER PEREZ HERRERA

ELENA GÓMEZ PALOMO

1 Introducción

La atención primaria es considerada como un factor determinante en el sistema sanitario actualmente, ya que tiene un papel muy importante sobre los indicadores del nivel de salud de la comunidad, puesto que es fundamental para la curación y prevención de la enfermedad, así como la promoción de la salud.

El hecho de que la atención primaria funcione bien es a consecuencia del trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios como celadores, médicos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeros, etc. Se trabaja de manera complementaria entre todos, llevando sus tareas y funciones a cabo para la prevención, curación y promoción de la salud.

En atención primaria se ofrece una asistencia sanitaria considerada esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, que están fundados científicamente

y aceptados socialmente. Todos los ciudadanos están a su alcance, y la atención primaria es mantenida por el país y la comunidad a costos que estos pueden soportar.

En los centros de salud no simplemente se hacen prácticas de salud, también se pueden organizar recursos, relacionarse con el entorno y realizar prácticas sanitarias.

La atención primaria está considerada como algo muy necesario, ya que muchas familias y sobre todo personas de edad avanzada es donde encuentran a sus profesionales de referencia, donde han creado una confianza y se sienten a gusto y bien atendidos.

2 Objetivos

- Exponer las funciones de los centros de salud de atención primaria.
- Mostrar las funciones que realizan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los centros de salud se caracterizan por diferentes funciones que vamos a explicar a continuación;

- Trabajo en equipo. Es muy importante trabajar en equipo, ya que ayuda mucho al trabajo que tenemos que realizar, actuando de forma complementaria y paralela.
- Prestación de servicios al individuo, la familia y la comunidad, donde es implicado en el proceso de curación, prevención y promoción de la salud.
- Prestación de servicios mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Las actividades que se desempeñan en atención primaria son muy importantes a destacar en la atención primaria, ya que muchos de los

problemas de los ciudadanos se resuelven en los centros de salud con su médico de familia.

Los principales objetivos como TCAE son trabajar de manera coordinada y en equipo con los demás profesionales sanitarios y realizar las diferentes funciones en un centro de salud.

Algunas de las funciones del TCAE en los centros de salud son:

- Colaborar en pruebas de diagnóstico y la aplicación de tratamientos y apoyo a enfermería.
- Realizamos la higiene, alimentación, vestirle y desvestir al enfermo si es preciso.
- Promoción de la salud.
- Realizar acompañamientos al equipo médico y de enfermeros a domicilios.
- Tomar constantes.
- Control del almacén, fechas de caducidad, pedidos, etc.
- Limpiar y colocar carros de cura listo para su próximo uso.
- Ayudar en curas, vendajes, etc.

Hay que tener en consideración que cada una de estas funciones tienen un procedimiento y unos protocolos a seguir para no empeorar ninguna de las situaciones de los pacientes y, lo más importante, no administrar ningún medicamento pasado de fecha. Por ello, es esencial tener muy buen control del almacén y de las fechas de caducidad, controlando el stock para realizar los pedidos. Además, hay que tener todos los carros de curas preparados en cada momento, por si hubiese alguna urgencia tenerlo todo preparado para su uso.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la importancia de trabajar en equipo de forma multidisciplinar, ya que son muchas las funciones que se tienen que hacer con los pacientes en los centros de atención primaria.

Es fundamental tener comunicación para no empeorar ninguna situación y llevar todo bien archivado en las historias clínicas.

Se resalta la relevancia de tener el control de fechas de caducidad de medicación y material, puesto que usar algo fuera de fecha podría ser un grave error. Por lo que llevar el control de stock para que no falte nada en el almacén y realizar pedidos urgentes, si fueran necesarios, es una tarea primordial en este ámbito.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-primaria-especializada-funciones/>.

Capítulo 268

EL PERSONAL TCAE Y SU ACTUACION EN EL AREA DE ATENCION PRIMARIA DE UN HOSPITAL.

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

SONIA GALINDO LOPEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención que se le da a lo largo de toda la vida a un paciente. Comprende actividades como la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

En la atención primaria se tienen en cuenta los determinantes más amplios de la salud, y la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar.

2 Objetivos

Explicar cuál es la actuación del TCAE en el área de atención primaria de un hospital.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones del técnico auxiliar de enfermería en atención primaria son muy importantes, ya que proporciona atención básica de salud a los pacientes.

Es importante reseñar que el buen funcionamiento de la atención primaria de salud viene determinado por el trabajo de un equipo multidisciplinar dentro de los propios centros de salud. Que además de trabajar de una forma complementaria entre ellos, deberán llevar a cabo sus tareas y funciones de prevención, curación y promoción de salud de forma paralela junto con otros profesionales.

Las principales dependencias de un centro de salud se dividen en: consultas médicas, sala de curas, sala de extracciones, sala de esterilización...

El personal multidisciplinar que podemos encontrar en estos centros es: médico de familia, pediatra, enfermeros, auxiliares de enfermería y administrativos.

Las funciones que realiza el técnico de cuidados auxiliares de enfermería en estos centros es de gran importancia.

- realiza la recepción del paciente y colabora en procesos asistenciales a los pacientes.
- etiqueta las muestras de recogida (analíticas, orina, heces, PCR, electrocardiograma...) y las solicitudes de las mismas, asegurándonos que están correctamente identificadas.
- reponer el material usado y lo desinfectamos para el día siguiente.
- mantendremos los aparatos y equipos en perfecto funcionamiento y limpieza (ambu, carro de paradas, termómetro, autoclave, otoscopio, etc.)

- verificaremos las caducidades del material y los medicamentos (con la supervisión de enfermería).
- realizaremos el pedido del material.
- colaboraremos con enfermería en la realización de sondajes, curas... preparando lo necesario para su realización.
- prepararemos las historias clínicas del día siguiente.

Y aparte de todas estas funciones, el auxiliar de enfermería será el encargado de recibir al paciente, comprobar sus datos en la historia clínica y tomarle las constantes vitales, (tensión, pulsaciones, saturación y temperatura.)

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esta revisión bibliográfica, la labor que desempeña el personal de técnico en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de pacientes que acuden al centro hospitalario al área de atención primaria es fundamental para brindarles una mejor calidad de vida durante su estancia en el centro hospitalario.

El personal TCAE es uno de los profesionales sanitarios que más tiempo pasa con los pacientes y es por ello que mostrar una cierta empatía hacia ellos hará que se sientan más cómodos.

La atención primaria de la salud es uno de los niveles asistenciales que componen el sistema nacional de salud, que por sus características e importancia constituye la función y núcleo principal del SNS.

Se caracteriza por una serie de atributos o principios que la definen y que son el origen de su importancia.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>

Capítulo 269

EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

SONIA GALINDO LOPEZ

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), son lesiones de la piel y los tejidos blandos producidas cuando existe una presión mantenida entre dos planos: una prominencia ósea y una superficie externa, como la cama. Este tipo de lesiones provocan una degeneración rápida de los tejidos como resultado de la disminución del oxígeno y de los nutrientes esenciales en la zona afectada. Una vez que se rompe la piel, se forma una úlcera que puede ser dolorosa para el individuo y que cicatriza con

gran lentitud. Estas circunstancias favorecen la invasión de la lesión por parte de microorganismos, pudiendo generar una infección

2 Objetivos

Conocer cuáles son las funciones del personal TCAE en la prevención y cuidados de las úlceras por presión del paciente encamado.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los TCAE prestarán especial atención cuando vayan a realizar los aseos, baños y cambios posturales para evitar en la medida de lo posible la aparición de las úlceras por presión, a pesar de todos los cuidados que llevan a cabo para evitarlas muchas veces es imposible no llegue a formarse alguna. En el caso de que se consiguiera crear alguna escara, tendrán que estar lo suficientemente capacitados para detectarlas y avisar a los enfermeros (DUES) para proceder lo antes posible a su curación e impedir que ascienda de fase. Es imprescindible y primordial adoptar las medidas necesarias para garantizar el bienestar de las personas a las que tienen que atender y cuidar, como especificar una serie de recomendaciones para que ese bienestar perdure. Las principales recomendaciones son las siguientes:

- Al efectuar el aseo diario o baño, asegurarse de que se realizó correctamente verificando, más exhaustivamente, las zonas con pliegues.
- Cambiar el punto de apoyo con frecuencia.
- Personas encamadas. Los cambios deben realizarse en un plazo máximo de tres horas. Escoger almohadas y colchones que alivien la presión, como por ejemplo los colchones anti escaras. Ajustar la elevación de la cama.

- Personas en sillas de ruedas. Intentar cambiarles el punto de apoyo del peso cada 15 minutos. Al haber una amplia gama de sillas, escoger la que más se adapte a sus necesidades, ya que existen sillas que se pueden reclinar y así favorecer el alivio de los puntos de presión.

Es muy importante el uso de almohadas y colchones especiales para aliviar la presión, se debe asegurar que la persona quede posicionada correctamente, para ello se estirará bien la ropa y la lencería de cama, se colocarán almohadas para facilitar el cambio postural y puntos de apoyo. No se deben utilizar almohadas con forma de rosquilla, pues pueden centrar la presión en los tejidos circundantes.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esta revisión bibliográfica, la labor que desempeña el personal de técnico en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de pacientes que acuden al centro hospitalario es fundamental para brindarles una mejor calidad de vida durante su estancia en el centro hospitalario.

El personal TCAE es uno de los profesionales sanitarios que más tiempo pasa con los pacientes y es por ello que mostrar una cierta empatía hacia ellos hará que se sientan más cómodos.

Las úlceras por presión constituyen un problema grave que depende de muchos factores, tanto para su aparición como para su crecimiento. No obstante, las prácticas recomendadas para su prevención (fundamentalmente los planes de movilización) son simples, por lo que pueden ser realizadas por cualquier profesional del equipo de salud, es decir, que no han de ser realizadas necesariamente por un especialista, siendo no obstante el TCAE un eslabón primordial dado su cercanía continua en el trato con el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 270

MATERIAL E INSTRUMENTAL SANITARIO

OLGA MARIA GONZALEZ SUAREZ

1 Introducción

El instrumental sanitario son todos aquellos instrumentos que son utilizados en los actos quirúrgicos y exploraciones. Debe resaltarse la importancia de tener siempre cuidado y ordenado este instrumental.

Trataremos el tema de la limpieza de este instrumental por su gran importancia y comenzaremos afirmando que un instrumental que no se ha limpiado adecuadamente, nunca podrá ser estéril.

La limpieza del material sanitario consiste en eliminar la suciedad depositada en superficies, ya que esta suciedad constituye un soporte nutritivo y físico para microorganismos. En Hospitales, donde el volumen del instrumental que se utiliza es muy grande, la limpieza se realiza de manera automática con la utilización de lavadoras que realizan varios ciclos dentro de un programa de lavado.

La limpieza es el paso previo a la desinfección (su elemento básico es el detergente) por ello es muy importante su correcta ejecución para evitar problemas en la realización de los problemas de desinfección y esterilización.

La desinfección tiene como objetivo destruir la mayor cantidad posible de microorganismos patógenos que están presentes en las personas, animales, superficies, instrumentos, etc. Se consigue alterando su metabolismo o estructura para impedir su transmisión. Los gérmenes están siempre presentes en el hospital, por lo que hay que desinfectar frecuentemente los objetos, utensilios y distintos servicios.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de conocer a fondo el tratamiento del instrumental médico-quirúrgico.
- Exponer los tipos de esterilización existentes.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha realizado una búsqueda encaminada a la obtención de información relevante al tema en la literatura científica existente. La búsqueda se ha efectuado en libros de texto del ámbito sanitario, páginas web de contenido médico, así como revistas y artículos de interés científico de las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El anteriormente mencionado proceso de desinfección tiene por objetivo la destrucción de las bacterias y de cualquier otro tipo de gérmenes como pueden ser hongos y virus, pero es importante tener en cuenta que sirve para la destrucción de las endoesporas bacterianas, por lo que sería necesario recurrir al proceso de esterilización.

Los instrumentales que se van a tener que ser desinfectados se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Material crítico: es el material que entra en contacto directo con tejidos estériles o sistema vascular.
- Material semi-crítico: es el material que no puede ser esterilizado y que va a entrar en contacto con la piel no intacta o mucosas.
- Material no crítico: se trata del material que va a entrar en contacto con la piel intacta pero no con membranas mucosas.

Debemos tener en cuenta que la esterilización es el nivel más alto de seguridad y letalidad de estos agentes potencialmente peligrosos para la salud. Este proceso erradica totalmente tanto microorganismos, como bacterias, virus, hongos y todas sus formas de resistencia en objetos inanimados.

Entre los tipos de esterilización más conocidos están:

- El calor seco, que consiste en someter al material potencialmente infectado durante 30 minutos a una temperatura de 180 grados centígrados de temperatura.

Este proceso es realizado en cámaras u hornos de calor seco destinados a tal efecto.

- El calor húmedo, proceso que se lleva a cabo utilizando vapor de agua. En su proceso de realización se deben atender tres parámetros, a saber: Temperatura, tiempo y presión. Se realiza en autoclaves, siendo este el método más utilizado.
- Baja temperatura, en este caso se trabaja a 50 grados centígrados y se emplea como agente esterilizante un gas. Este método se utiliza mayormente para la esterilización de materiales termosensibles.

5 Discusión-Conclusión

Utilizando correctamente los principios de higiene sanitaria, se disminuye la mortalidad, el periodo de estancia en el centro sanitario y el coste económico asociado a la curación del paciente.

No se debe olvidar, a la hora de hacer limpieza, desinfección y esterilización, que hay que tener en cuenta lo establecido en el manual de normas y procedimientos de cada centro sanitario, así como cumplir con todos los protocolos que haya establecidos al respecto.

Con la limpieza y desinfección de cualquier centro hospitalario, de salud o clínicas, conseguimos evitar las transmisiones de infecciones, por lo que se destaca la importancia de seguir el protocolo adecuado y eficaz.

6 Bibliografía

1. Prevención de las Infecciones Nosocomiales, guía práctica, (OMS) Consultas de la Guía Práctica editada por la OMS, sobre prevención de las infecciones nosocomiales.
2. Libro de texto “macmillan education”. Autoras: Belén Montes Cascallana, Ángela López San Miguel, Dolores Fernández- Villacañas Martín, Milagros Pulido del Pino.
3. Higiene del Medio Hospitalario y Limpieza de Material. Autoras: Belén Montes Cascallana, Ángela López San Miguel, Dolores Fernández- Villacañas Martín, Milagros Pulido del Pino.
4. Ocronos- Editorial científica técnica, Revista Medica de Enfermería.
5. www.revistamedica.com.
6. ISIPEDIA, www.isipedia.com.
7. E.O.C- www.eoc.cat.

Capítulo 271

AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS MOVILIZACIONES DE LOS ANCIANOS EN ENTORNOS RESIDENCIALES

CRISTINA LARA GONZÁLEZ

1 Introducción

Un auxiliar de enfermería desempeña un papel fundamental en las residencias de ancianos, donde su trabajo se centra en brindar atención y apoyo a los residentes. Algunas de las funciones que un auxiliar de enfermería puede desempeñar en una residencia de ancianos incluyen: Cuidado personal, administración de medicamentos, control de signos vitales, movilización y traslados, alimentación y nutrición, registro de información, apoyo emocional y observación de cambios en la salud.

En este capítulo nos centraremos en las movilizaciones y los traslados de los residentes.

La movilización segura de los residentes es fundamental para mantener su calidad de vida y prevenir complicaciones de salud, como úlceras por presión o problemas de movilidad.

La movilización adecuada es esencial para la salud y el bienestar de los residentes en una residencia de ancianos, y un auxiliar de enfermería desempeña un papel fundamental en este aspecto al garantizar que se realice de manera segura y confortable, evitándose caídas, y lesiones a los residentes o trabajadores.

En resumen, realizar movilizaciones seguras de los ancianos en una residencia de ancianos es esencial para promover su salud y bienestar, mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones de salud. Además, beneficia al personal de

atención médica al reducir la carga de trabajo y garantizar un entorno de trabajo más seguro y eficiente.

2 Objetivos

- Exponer los objetivos que pretende conseguir un auxiliar de enfermería en las movilizaciones seguras de los ancianos.
- Mostrar los beneficios que se producen en el anciano tras las movilizaciones realizadas por el auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de información en varias páginas asociadas a los beneficios de las movilizaciones y traslados de las personas mayores en lugares residenciales o residencias y en la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los objetivos de un auxiliar de enfermería al realizar movilizaciones seguras de los ancianos en residencias están centrados en la seguridad y el bienestar, al tiempo que se cumplen con las normativas y se promueve la autonomía y la salud física. Entre estos objetivos se encuentran:

- Prevenir lesiones: El objetivo principal es evitar lesiones tanto para los residentes como para el personal de atención médica durante las movilizaciones. Esto incluye la prevención de caídas, lesiones músculo-esqueléticas y otros riesgos relacionados con la movilización.
- Mantener la autonomía: Fomentar la independencia y la autonomía de los residentes es esencial. El objetivo es permitirles participar en las actividades diarias tanto como sea posible y preservar su dignidad y autoestima.
- Promover la salud física: Realizar movilizaciones seguras ayuda a mantener y mejorar la salud física de los residentes. Esto incluye el fortalecimiento muscular, la prevención de la rigidez articular y la mejora de la circulación sanguínea.

- Mejorar la calidad de vida: Las movilizaciones seguras contribuyen a una mejor calidad de vida para los residentes, ya que les permiten participar en actividades sociales y recreativas, lo que promueve el bienestar emocional.
- Prevenir complicaciones de salud: La movilización adecuada puede prevenir complicaciones de salud como úlceras por presión, contracturas musculares y atrofia muscular.
- Minimizar el dolor y la incomodidad: Se busca reducir el dolor y la incomodidad que pueden experimentar los residentes debido a la inmovilidad o afecciones músculo-esqueléticas.
- Mejorar la circulación: Promover la circulación sanguínea adecuada es esencial para prevenir problemas circulatorios y mantener la salud cardiovascular de los residentes.
- Facilitar la participación social: La movilización segura permite que los residentes participen en actividades sociales y recreativas, lo que mejora su calidad de vida y su bienestar emocional.
- Reducción del uso de medicamentos: Al permitir que los residentes se muevan de manera segura y cómoda, se puede reducir la necesidad de medicamentos para el control del dolor, la ansiedad u otras afecciones relacionadas con la inmovilidad.
- Cumplimiento normativo: Cumplir con prácticas de movilización seguras es fundamental para cumplir con las regulaciones y normativas de atención médica y garantizar la seguridad de los residentes.
- Fomentar la confianza y la comunicación: La movilización segura promueve la confianza entre los residentes y el personal de atención médica, lo que facilita la comunicación y la cooperación en el cuidado.

Los beneficios de realizar movilizaciones seguras a los ancianos en una residencia pueden tener una serie de resultados positivos para su salud y bienestar. Algunos de los resultados clave de estos beneficios incluyen:

- Mejora de la movilidad: Los ancianos que reciben movilizaciones regulares y seguras tienden a mantener o mejorar su capacidad de movimiento, lo que les permite realizar actividades cotidianas con mayor facilidad.
- Prevención de complicaciones: La movilización adecuada puede prevenir complicaciones de salud como úlceras por presión, contracturas musculares, rigidez articular y atrofia muscular.
- Mayor independencia: Los residentes que pueden moverse de manera segura y cómoda mantienen un mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria, lo que mejora su calidad de vida.
- Reducción del dolor: La movilización regular puede reducir el dolor asociado con la inmovilidad y las afecciones músculo-esqueléticas, lo que contribuye al

bienestar general.

- Mejora de la circulación: El movimiento regular mejora la circulación sanguínea, lo que puede reducir el riesgo de problemas circulatorios y mantener la salud cardiovascular.
- Fomento de la socialización: Los residentes que pueden moverse de manera segura son más propensos a participar en actividades sociales y recreativas, lo que promueve la interacción social y el bienestar emocional.
- Mantenimiento de la masa muscular: La movilización ayuda a mantener y fortalecer la masa muscular, lo que es esencial para la función y la movilidad.
- Reducción del riesgo de caídas: La movilización segura, que incluye el uso adecuado de dispositivos de asistencia, reduce el riesgo de caídas y las lesiones relacionadas con ellas.
- Mejora del bienestar emocional: Los ancianos que pueden moverse de manera segura tienden a experimentar un mejor bienestar emocional, ya que pueden participar en actividades y mantener su autonomía.
- Menos necesidad de medicamentos: Cuando los residentes pueden moverse de manera segura, es menos probable que necesiten medicamentos para el control del dolor o la ansiedad.
- Mayor calidad de vida: En conjunto, estos beneficios contribuyen a una mayor calidad de vida para los ancianos en una residencia, lo que incluye una mejora en su salud física y emocional.
- Reducción de la carga de trabajo del personal: La movilización adecuada reduce el riesgo de lesiones para el personal de atención médica, lo que a su vez disminuye la carga de trabajo y el estrés en el equipo.

En resumen, los resultados de los beneficios de las movilizaciones seguras a los ancianos en una residencia son una mejora significativa en la calidad de vida y la salud física y emocional de los residentes, al tiempo que se reducen los riesgos y las complicaciones asociadas con la inmovilidad.

También el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza una labor de comunicación y de información al proporcionar educación a los residentes y a sus familiares sobre una movilización segura.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de un auxiliar de enfermería en una residencia de ancianos desempeña un papel esencial en el cuidado y el bienestar de los residentes.

Sus funciones incluyen una amplia gama de responsabilidades destinadas a garantizar que los ancianos reciban la atención necesaria de manera segura y efectiva. Desde el cuidado personal hasta la administración de medicamentos y la movilización, los auxiliares de enfermería son fundamentales para proporcionar una atención de calidad en este entorno.

La movilización segura de los ancianos en una residencia es un componente crítico de la atención. Los beneficios de esta práctica son abundantes y se traducen en una mejora significativa en la calidad de vida de los residentes. La prevención de lesiones, la promoción de la independencia, la mejora de la salud física y la reducción del dolor son solo algunos de los resultados positivos que se derivan de movilizar adecuadamente a los ancianos. Además, la movilización segura contribuye a la prevención de complicaciones de salud, como úlceras por presión y contracturas musculares.

El trabajo de un auxiliar de enfermería en las movilizaciones seguras es fundamental para lograr estos beneficios. Al evaluar la capacidad de movilidad de cada residente, planificar movilizaciones individualizadas y utilizar dispositivos de asistencia de manera adecuada, los auxiliares de enfermería garantizan que los residentes se muevan de manera segura y cómoda. También se encargan de educar a los residentes y sus familias sobre técnicas de movilización seguras y promover la confianza y la comunicación en el proceso de cuidado.

En última instancia, el trabajo de los auxiliares de enfermería en las residencias de ancianos contribuye en gran medida a mejorar la calidad de vida de los residentes y a prevenir complicaciones de salud. Además, al cumplir con prácticas de movilización seguras, se garantiza el cumplimiento de las regulaciones y normativas de atención médica, lo que beneficia tanto a los residentes como al personal de atención médica, al reducir la carga de trabajo y garantizar un entorno de trabajo seguro y eficiente.

En definitiva, el papel de un auxiliar de enfermería en una residencia de ancianos es de vital importancia para brindar una atención de calidad a los residentes, y la movilización segura es una parte esencial de ese papel. Los beneficios de esta práctica son múltiples y se traducen en una mejora significativa en la calidad de vida y la salud de los ancianos, lo que hace que el trabajo de los auxiliares de enfermería sea inestimable en este entorno de atención médica.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 272

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN EL ENFERMO DEPENDIENTE: ESCALA ZARIT EN ATENCIÓN PRIMARIA

TOMÁS GARCÍA TENDERO

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

MERCEDES TENDERO ALARCON

OLGA NAVARRO CIFUENTES

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

1 Introducción

La OMS concibe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo conoce sus capacidades, pudiendo tomar decisiones, llevar a cabo tareas de forma eficaz y ser capaz de participar en actividades comunitarias.

Una enfermedad limitante se traduce en una gran pérdida de autonomía y precisa cuidados continuos por un cuidador formal o informal. Comúnmente esta función es llevada a cabo por un familiar que habitualmente es una mujer.

El desempeño fundamental del cuidador principal es resolver las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de un enfermo con absoluta dependencia. Es por ello que adquiere un conjunto de responsabilidades ante una gran variedad

de retos y desafíos nuevos, por lo que sufre una reducción del control personal, promoviendo alteraciones físicas, psicológicas que pueden provocar “síndrome del cuidador”.

El exceso de tareas implica para el cuidador algunas complicaciones en su salud psíquica y afectiva, problemas derivados de la precariedad económica, falta de tiempo para la vida laboral y poder socializar con otras personas. Además, la persona que ejerce este papel suele estar provisto de una escasa información y disposición para asumir dichas responsabilidades.

De la misma manera, el estrés que supone hacer frente a esta responsabilidad da lugar a que los cuidadores no puedan organizar su tiempo y abandonen por completo su salud, por lo que se convierten en un grupo de riesgo para desarrollar patologías. Igualmente, este panorama promueve la sobrecarga mental y física, que trasciende en una fatiga crónica y ansiedad frente al mantenimiento de los cuidados, que perjudica la calidad de vida los cuidadores.

2 Objetivos

- Comprender las consecuencias del exceso de tareas que sufren los cuidadores de enfermos con dependencia total.
- Dar a conocer la escala Zarit en atención primaria.
- Fomentar el conocimiento sobre cómo paliar los síntomas de cansancio y depresión que sufren los cuidadores de enfermos con dependencia total mediante programas educativos.

3 Metodología

Para redactar el siguiente trabajo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión sistemática sobre la literatura científica actual.

Se ha propuesto una búsqueda bibliográfica de diferentes fuentes y se han consultado artículos en algunas bases de datos conocidas como PubMed, Medline y Scielo, destacando artículos relacionados con los grados de la dependencia, cuidados a dependientes y cuidadores en atención primaria y un artículo donde se administraba la escala de carga del cuidador de Zarit a una mujer, cuidadora principal de una persona con trastorno mental grave.

4 Resultados

Se analizó un estudio para valorar las aptitudes del cuidador y del enfermo cuidado mediante una serie de variables descriptivas y estadísticas.

Para definir las peculiaridades demográficas entre los cuidadores y observar la asociación entre las mismas y el grado de fatiga mental, se descubrieron características comunitarias que más determinan el perfil del cuidador principal.

En dicho análisis se empleó la escala de carga del cuidador principal de Zarit, que examina el nivel de carga subjetiva que soportan los cuidadores con respuestas de hasta 5 puntos que albergan desde “nunca” a “siempre”.

Se puede percibir un perfil característico del cuidador: la mayoría son hijas/os de la persona mayor, seguidamente de sus parejas. Es decir, son más mujeres, de las que más de la mitad son madres.

Diferentes estudios actuales acerca del tema determinan que la función de atender es primordialmente femenina.

La percepción de la salud personal del cuidador es menos favorable si resulta ser varón.

Al utilizar la escala de Zarit, cerca del 75% de los encuestados entrevistados mostraron un nivel de sobrecarga alta, en torno al 10% sobrecarga moderada y alrededor del 15% no presentaron ninguna sobrecarga.

Sobre el nivel de formación, más de la mitad de los cuidadores abandonaron sus estudios antes de los 14 años.

Si hablamos de la edad del cuidador, observamos que la mitad de los cuidadores de edad superior a 65 años presentan sobrecarga, frente al 34% que no la presentan menores de estas edades.

Por otro lado, los asistentes que formaban parte de un recurso de salud mental, que acudían a conferencias de educación para la salud para familiares, o aquellos que vivían en áreas urbanas grandes, presentaron un grado de fatiga mental y física menor a la del resto de participantes.

Además, se dio a conocer que la mayoría de los cuidadores había dejado atrás alguna tarea por dedicarse al ejercicio del cuidado y acompañamiento, considerándolo como su única ocupación y no permitía a los cuidadores hacer otras funciones como estudiar o trabajar. Se verificó que un porcentaje por encima de la media no se encontraban desempeñando un oficio.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad mental grave supone una gran transcendencia para la salud pública mundial que compromete la calidad de vida de estas personas y sus familiares.

Se han ejecutado programas de asistencia educativa para proporcionar habilidades asociadas a las necesidades de los cuidadores informales, coloquios participativos donde las personas afectadas puedan liberar sus problemas y recibir cercanía y comprensión.

El papel que debe desempeñar el auxiliar de enfermería es imprescindible como parte del equipo interdisciplinar de asistencia a personas en situación de dependencia y a sus cuidadores para el manejo correcto de la salud de estos.

El TCAE tiene función docente, ya que proporciona los conocimientos necesarios para los cuidadores que no han recibido una correcta formación.

Las políticas a disposición de los ciudadanos deben tomar en consideración planes que ayuden a los cuidadores, con el objetivo de reducir la fatiga, beneficiando su calidad de vida y salud.

6 Bibliografía

1. Piñeiro I, Rodríguez S, Albite A, Freire C, Ferradás M. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *Eur.J. Health. Research.* 2017; 3,(3):185-196.
2. Navarro Pérez JJ, Carbonell Marqués A. Family burden, social support and community health in caregivers of people with serious mental disorder. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03351.
3. De la Cuesta B. (2008). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII, (1), 96-102.
4. Giró J. (Coord.) (2005): *Envejecimiento, salud y dependencia*. Universidad de La Rioja. Servicio de Publicaciones. Logroño.
5. Rodríguez P., Díaz-Veiga P., Martínez, T. y García A. (2014). Cuidar, cuidarse y sentirse bien. Guía para personas cuidadoras según el Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona. Fundación Pilares (5). Recuperado de: http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/guia_cuidar/guia_cuidar_web_color.pdf
6. INE (2008). Instituto Nacional de Estadística. *Cuidadores y asistencia personal*. Recuperado de: <http://www.ine.es/>.
7. Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., Vazquez-Barquero, J.L. y the EPSILON Study Group (2004). The personal impact

of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69, 125-32.

8. Zepeda-Álvarez P.J, Muñoz-Mendoza C. L. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*. 2019; 30(1): 2-5.

9. Do Muíño Joga M, Fernández Fernández, M. V, Rodríguez Rodríguez E, González Rodríguez C, Iglesias Cerqueiro, R. M. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmovilizados en atención primaria. *Cad Aten Primaria*. 2010; 17: 10-14.

Capítulo 273

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN EL ENFERMO UROLÓGICO

TOMÁS GARCÍA TENDERO

OLGA NAVARRO CIFUENTES

MERCEDES TENDERO ALARCON

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

1 Introducción

Es primordial la educación para la salud, y la prevención de las enfermedades relacionadas con la salud sexual, como son el cáncer de próstata y el de testículos. El servicio de urología se encarga de aquellas patologías en relación con el aparato reproductor masculino, como infecciones, cáncer, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades relacionadas con trastornos de la sexualidad, retención urinaria, etc.

Por ello, lleva a cabo una tarea asistencial proporcionando al hombre los cuidados de salud asociados a los problemas fisiológicos y patológicos de su condición. Pero a veces, puede haber complicaciones si la enfermedad está muy avanzada. No se debería restar la importancia necesaria de los aspectos de prevención, de salud mental, y sociales que pueden ir relacionados con la patología urológica.

A nivel clínico, se solicitarán analíticas para verificar los niveles hormonales y otros datos como el colesterol, glucosa, enzimas transaminasas, etc.

Las funciones del TCAE irán acorde con los protocolos de la unidad y se deberán guiar por los procedimientos y actuaciones más recomendadas.

El TCAE asistirá al médico en la exploración urológica y le facilitará todo aquello que precise, y quedará pendiente del enfermo, proporcionándole asistencia psicológica. Hay que atender también y hacer revisiones a los pacientes a los que se les ha extirpado un tumor por varias causas, porque puede volver a reincidir y por evitar complicaciones con el sistema urinario. Dependiendo de la planta o servicio especial en el que el TCAE realice su función, llevará a cabo unas tareas u otras.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es mostrar los principales cuidados del TCAE en planta de urología, consultas externas o quirófano.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de distintas fuentes bibliográficas en algunas revistas científicas, y otras bases de datos científicas y médicas y dentro del campo de la asistencia sanitaria como Scielo, Medline, etc. Algunos criterios de inclusión fueron pacientes en edad media y avanzada, que residieran en España y que tuvieran un diagnóstico relacionado con el aparato reproductor masculino. Las palabras claves fueron urología, cuidados y cáncer.

4 Resultados

La atención en el servicio de urología cumple una gran labor asistencial, se trabaja en la investigación de nuevos tratamientos y posibles soluciones a estas patologías.

Existe una gran diversidad de patologías de este tipo que requiere la atención por parte de profesionales de todas las índoles.

Se pretende dar protección y cuidados a distintas afecciones de salud como:

- Infecciones urinarias.
- Neoplasias urológicas.

-Algunas enfermedades relacionadas son: litiasis renal, cáncer, dolor pélvico crónico, disfunción eréctil, incontinencia urinaria y en quirófano, otras como hidrocele o quistes de testículos o de epidídimo.

El TCAE en el servicio de urología desarrolla diversas funciones en los centros especializados:

- Tomar las constantes vitales de los pacientes.
- Realizar el aseo de los pacientes o sugerirles que se proporcionen higiene íntima antes de cualquier procedimiento.
- Asegurarse de recabar toda la información relevante como las alergias, antecedentes de cáncer urológico, drogas, hábito tabáquico.
- Disponer el material necesario para realizar el análisis urológico.
- Explicar el procedimiento para tranquilizar al enfermo.
- Realizar educación para la salud a los pacientes para prevenir problemas que afecten a su vida íntima (ya sea recomendar el uso del preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual o por ejemplo, después de una intervención quirúrgica de una fimosis o hidrocele recomendar que no fumen para favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica.)
- Asistir a los urólogos en los tratamientos que pauten.
- Recolectar el instrumental y limpiarlo y en caso necesario esterilizar después de su utilización.

Cuando el paciente presenta retención urinaria, el urólogo pautará sondaje vesical, para ello el técnico de enfermería preparará:

- Sonda vesical.
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Talla estéril
- Pinzas de disección
- Bolsa de recogida de orina estéril
- Lubricante
- Jeringa 10 ml
- Suero fisiológico
- Jabón antimicrobiano

Está demostrado que prestar apoyo psicológico al paciente en todo momento disminuye la ansiedad y la preocupación considerablemente.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE realiza una labor muy importante en su asistencia en el servicio de urología.

Desde que el paciente ingresa en el hospital, hasta que se va de alta, el TCAE estará pendiente de este enfermo. El TCAE es también encargado de promoción de la salud, le ayuda e informa de los cuidados. También le proporciona recomendaciones sobre los beneficios de una buena hidratación, una higiene íntima rigurosa y evitar alcohol y tabaco, una dieta adecuada.

El TCAE debe establecer una buena relación y practicar la escucha activa. Todo ello propiciando un ambiente favorable y confortable donde los pacientes se encuentren mejor. Se recomienda llevar a cabo revisiones frecuentes para evitar afecciones urinarias imprevistas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 274

ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TOMÁS GARCÍA TENDERO

OLGA NAVARRO CIFUENTES

MERCEDES TENDERO ALARCON

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

1 Introducción

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) se definen como patologías de salud psíquica con una alta prevalencia a nivel internacional. Son influenciados por diversos agentes y atañen sobre todo a adolescentes y principalmente chicas. Respecto al análisis clínico, se practicarán algunas pruebas complementarias como: analítica de sangre y orina, recogida de coprocultivo, radiografía de tórax, ECG, Ecocardiograma, Densitometría ósea, etc. La predominancia femenina no es bien conocida, pero puede estar determinada en gran medida por la enorme presión que ejerce la sociedad.

En nuestra comunidad los iconos femeninos más influyentes suelen tener figuras delgadas y esbeltas, pero los representativos masculinos son fibrosos, fuertes y atléticos.

Si bien es cierto que los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres, también se están documentando nuevos casos en hombres adolescentes

La primera descripción clínica de este incidente se le atribuye a un médico de origen inglés, Morton, que describió sucesos muy similares a los actuales. Desde la salud comunitaria se debe de llevar a cabo el diagnóstico precoz, la prevención y la promoción de la salud a estos jóvenes, tratando de comprobar si hay factores predisponentes y precipitantes en cada sujeto.

El TCAE debe proporcionar la educación para la salud en ellos entornos escolares para evitar creencias erróneas y propiciar un estilo de vida saludable.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es describir actuaciones en la intervención enfermera en pacientes susceptibles de desarrollar cualquier tipo de trastorno de la conducta alimentaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha propuesto una investigación basada en una revisión bibliográfica a través del uso de fuentes de dato como Scielo, Pubmed, revistas sanitarias de investigación. Se han empleado artículos en inglés y español y se han utilizado operadores booleanos como AND y NOT.

4 Resultados

En nuestra sociedad hay muchas exigencias, por lo tanto, buscamos la perfección física. Unos padres sobreprotectores pueden fomentar la aparición del trastorno nutricional por medio del convencimiento de sus propias creencias culturales o sociales sobre la delgadez.

Sin embargo, los familiares no tienen por qué ser los causantes del TCA, pero lo pueden agravar.

Existen diferentes diagnósticos para los TCA como son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones y trastornos de la conducta alimentaria

no especificados.

Es imprescindible proponer intervenciones psicológicas para el cambio de conducta por parte del profesional de enfermería. Este facilitará la información necesaria para el conocimiento de su enfermedad. Algunas recomendaciones serían:

- Llevar a cabo la detección precoz a través del trabajo de atención primaria
- Proporcionar un seguimiento a aquellos sujetos vulnerables (antecedentes de obesidad, bulimia, maltrato escolar, etc.)
- Guiar los consejos de asistencia promoviendo la participación en los grupos de ayuda mutua.
- En las charlas que el enfermero facilite para incrementar los conocimientos, puede reconocer sentimientos frente a la comida o a la práctica de ejercicio físico.
- Las personas que sufren de TCA padecen graves alteraciones sobre la percepción de la forma y peso corporal, llevándoles a conductas que impactan tanto en su salud física como psicológica.
- Durante las intervenciones de enfermería se ha de reforzar tanto la forma física, realizando modificaciones en la dieta, valorando el cumplimiento de las comidas que se le imponen, un mejor afrontamiento conductual, ayudando a evitar conductas compulsivas, eliminar la distorsión de su imagen, crear seguridad y mejorar su ánimo fortaleciendo su personalidad, promover una adecuada convivencia familiar.
- Se deben reducir en la medida de lo posible todas aquellas conductas negativas y destructivas que persistan en el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos con muchos problemas en la detección precoz de algunos TCA puesto es complicado dar con marcadores físicos propios de mujeres, como la amenorrea o falta de apetito, y han aparecido distintos propósitos para estar delgado, no solo centradas en el peso o en la figura.

Es imprescindible emprender un método de prevención en mujeres, dando especial relevancia al deporte, rutinas saludables y madurez idónea ante los modelos estéticos actuales.

El personal de enfermería debe actuar en vista de favorecer el diagnóstico precoz de este tipo de enfermedades. Se debe realizar un seguimiento y un tratamiento enfocado en la atención integral y global de los pacientes, debe ser individualizado.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 275

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA (ENFERMERAS Y TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA) EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

1 Introducción

El espectro autista es una enfermedad que se caracteriza por una afectación del habla, al lenguaje, etc. Hay que decir, que hay mutaciones que corresponden a genes que colaboran en todo el desarrollo psicomotriz y neuronal en la enfermedad, pudiendo afectar en estas mutaciones a problemas como la epilepsia y otras afecciones neurológicas.

Desde hace unos años la prevalencia de la enfermedad ha sido un caso por cada cien nacimientos, según la “OMS” se estima que haya más casos a nivel mundial de TEA (trastornos del espectro autista).

El personal de enfermería (Enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería), ante esta situación de enfermedad, en muchas ocasiones no están preparados/as para poder asistir a este tipo de pacientes con esta problemática, lo que hace más difícil los cuidados de enfermería, por eso es aconsejable adquirir conocimientos más específicos, sobre todo a lo que se refiere a cuidados para poder tratar a los mismos desde una forma integral y holística.

En la gran mayoría de centros asistenciales, como en hospitales o centros de discapacitados psíquicos, se debe valorar al paciente según el grado de autismo, ya que dependiendo de los grados de los mismos podemos abordar un plan de cuidados, favoreciendo así el pronóstico y la evolución de este tipo de pacientes a nivel de enfermería, debemos decir que el pronóstico como tal a veces es difícil de evaluarlo.

El personal de enfermería, debe de hacer una serie de intervenciones que se deben de adquirir mediante cursos de formación continuada, ya que no existe un patrón fijo de este tipo de trastorno, pudiendo encontrarse grados de afectación de los cuadros de TEA; afectando desde la socialización con los demás, lo que lleva a veces a grandes conflictos con las demás personas, como en la integración en grupos y recursos de aprendizaje, etc. Por eso el personal de enfermería en todos estos casos necesita de unos recursos de aprendizaje para este tipo de niños o personas con este tipo de problemas, ya que el manejo se ve complicado en los cuidados de estos, aun así podemos encontrar de primera mano en la observación y vigilancia de este tipo de pacientes dándose en un porcentaje alto en:

- Respuesta poco habitual o inusual a lo que se refiere a estímulos, un ejemplo de ello lo podemos encontrar cuando lo llamamos por su nombre, sonidos que no son molestos y que les resulten chirriantes para sus oídos, no querer vestirse, o arrancarse la ropa porque los colores o las texturas del textil los ven como algo extraño para su cuerpo.
- Trastornos del comportamiento: Mostrando una gran dificultad para poder poner atención en las actividades que se les demandan como parte de la terapia que se les hace, dando lugar a ansiedad, malestar, irritabilidad y agresiones.
- Comportamientos estereotipados: Con las formas típicas de repeticiones continuadas, con un patrón anormal exacerbado de las cosas o en forma de rituales sin consentir la corrección de los mimos.
- Comunicación alterada y no coherente de las palabras: Teniendo un lenguaje desestructurado (algunos niños, dependiendo del grado de TEA), ejemplo de ello lo podemos encontrar cuando se les llama por su nombre y no suelen contestar la gran mayoría.
- Socialización: Haciéndoles difícil la integración con otros niños en los juegos y

una falta por el gusto de descubrir cosas nuevas que les llamen la atención. Lo que se refiere a las familias, tanto a nivel afectivo como a nivel psicomotor y cognitivo del niño con TEA, se les hace difícil la participación de estos en estas facetas, teniendo que tomar pautas de expertos en este tipo de enfermedad.

2 Objetivos

- Identificar los signos que pueden sugerir el reconocimiento de un TEA en un niño.
- Mostrar las estrategias diagnósticas y de tratamiento que actualmente existen para los TEA.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Dialnet, Medline.

Se han utilizado las palabras claves como: autismo, cuidados de enfermería, estrategias socio cognitivas del TEA.

4 Resultados

Aunque el TEA es un trastorno de origen desconocido, su etiología afecta a varios genes cromosómicos dando lugar a una miscelánea de alteraciones. Según algunos estudios acerca de gen que produce el TEA habla que cada uno de estos genes que se han encontrado, pueden favorecer otras patologías asociadas a esta enfermedad.

El apoyo familiar y del paciente es una labor esencial tanto para el personal de enfermería como para los terapeutas ocupacionales (englobados como personal sanitario) dependiendo del grado de afectación que lleve el TEA, por eso también hablamos que se trata de un apoyo multidisciplinar porque no solo se enfoca en la atención sanitaria, sino en el abordaje de todos los patrones tanto socioafectivo, cognitivo y de habilidades o estrategias que se deben de enseñar a los padres y tutores por parte de otros profesionales sanitarios.

La gran parte de todos estos trastornos son descubiertos en edades no tempranas; sobre todo cuando el niño camina, habla, expresa sus sentimientos y emociones, gustos, etc. Cuando el niño va al colegio, en educación infantil y sobre todo en la edad escolar, podemos evidenciar la relación con sus iguales, la socialización de los mismos y las pequeñas habilidades sociales que tienen para poder actuar en un diagnóstico, esto hace forzoso el poner en marcha una serie de pruebas diagnósticas para poder certificar fehacientemente dicha patología, ya que en niños recién nacidos o en lactantes no seguiría un patrón de diagnóstico claro que no se puede predecir o evidenciar, por eso, se hace más larga la espera para realizar un diagnóstico definitivo temprano.

Es cierto que no existen pruebas basadas en este tipo de patologías, pero la observación y los comportamientos estereotipados y las características de socialización del niño se hace evidente de la misma, pudiendo a veces confundirse con otras patologías.

El personal de enfermería y facultativos ponen de manifiesto una serie de escalas o de cuestionarios a los padres donde otorgan gran importancia para el diagnóstico, aparte de las pruebas complementarias que se les hace y el estudio genético. Una de las escalas más conocida es la escala de “Modified Checklist for Autism in Toddlers”, la cual tiene una sensibilidad y especificidad del 97%.

Normalmente, las terapias que se hacen con este tipo de niños son conjuntas a la familia (terapia familiar) con otros profesionales de la salud que aportan estrategias para que se lleven a cabo, aunque siempre va a depender del grado de TEA que tenga el niño, también se debe de dar importancia al apoyo emocional como el afectivo. No hay que olvidar que, dependiendo de los grados de autismo, se podrá llevar un tipo de terapias en hogar o mediante centros especializados. Los tratamientos farmacológicos que se utilizan van a depender de la ansiedad que el niño tenga, de la irritabilidad, pudiendo combinar fármacos ansiolíticos con anticonvulsivos dependiendo de la afectación que el niño tenga. Los grados como tal pueden ir desde muy leves (grado 1) a muy severos (grado 3).

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería, aún tiene mucho camino por recorrer para tener una base de cuidados que les puedan proporcionar a este tipo de pacientes, aunque es una de las figuras más importantes en la sanidad, en los centros asistenciales y en instituciones sociales.

Se destaca la importancia de que las primeras llamadas de atención es en la escuela, sobre todo en la edad infantil, donde su desarrollo socioafectivo y psicom-

tor es fundamental para darse cuenta de la problemática del niño. También debemos destacar la labor que hace la atención primaria de salud en las revisiones infantiles, donde se puede evaluar los déficits de comunicación y las conductas estereotipadas de estos niños, actuando de una forma rápida para derivarlos al especialista.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Niños y niñas autistas: una perspectiva evolutiva. books.google.com.
2. Programa integral para la enseñanza de habilidades a niños con autismo. Psicothema, 2005 - redalyc.org.
3. Autismo España – TEA, Trastorno del espectro autista. Autismo España; 2022. Disponible en: <https://autismo.org.es/>.
4. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index>.
5. DSM V- Manual Diagnóstico y Estadístico. 5ta Edición. 2021.

Capítulo 276

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CLASIFICACION DE LOS ENEMAS

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

Llamamos enema a la introducción de sustancias por el recto con fines de limpieza y de estimulación del peristaltismo intestinal, con la finalidad de la expulsión de materia fecal, o de expulsión de gases, pero no solo lo vamos a poder utilizar para estos fines, ya que hay muchos tipos de enemas con indicación terapéutica en distintas situaciones que el paciente requiera como: enemas alimenticios, enemas baritados, medicamentosos, oleosos, enemas carminativos o enema de Harris, antihelmíntico.... Etc. Todos se administran bajo prescripción facultativa y con técnicas, algunos de ellos especiales de preparación para los pacientes. Algunos de los enemas se utilizan con fines diagnósticos, otros para introducción

extra de alimentación, o bien para tratar afecciones parasitarias. No obstante, todos los enemas en su composición no serán lo mismo y cuyo objetivo es utilizar de una forma adecuada este tipo técnicas para ayudar al paciente en su tratamiento integral. El dispositivo que se utilice para dispensar la solución del enema según la finalidad y el tipo, se deberá introducir la cánula del mismo unos diez, centímetros aproximadamente de la ampolla rectal y reteniendo este líquido por el paciente al menos unos veinte minutos tras su aplicación. A veces esto no se consigue, ya que el efecto de evacuar es normal al tener al distender la ampolla rectal, con lo cual no se hace efectivo el enema, dando lugar a la colocación de una sonda rectal para poder alcanzar unos centímetros más arriba de la ampolla rectal y que se pueda culminar el efecto del mismo de forma terapéutica. Una cosa muy importante, es que la gran mayoría de los enemas que requieren de sonda rectal la función de administrarlo lo hará la Enfermera, no estando facultada la/el TCAE en esta técnica dificultades en el manejo. Los enemas de limpieza se pueden encontrar de forma comercial farmacéutica, como preparados por el TCAE con soluciones jabonosas, sin embargo, los baritados contienen bario que es una sustancia radioopaca para poder visualizar el intestino grueso y su estructura anatómica. Hace unos años se comercializaba este en forma de polvo, al cual se le añadía agua para que se hiciera la mezcla del mismo, hoy en día es una solución preparada comercialmente con una solución más exacta. Es importante también destacar que todos aquellos pacientes que van a ser administrados cualquier tipo de enema se le debe de colocar en la posición de decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas hacia el abdomen para que tenga mejor paso el líquido a administrar. Los enemas no solo se pueden administrar a nivel rectal, en el caso de pacientes colostomizados también se pueden usar este tipo de enemas con el riguroso cuidado, el cual también es una técnica exclusiva de la Enfermera para la colocación e inserción de los mismos.

2 Objetivos

- Describir la técnica de colocación de enemas en pacientes que por su circunstancia requieren de este tipo de tratamiento.
- Exponer la clasificación de los distintos tipos de enemas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se

ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los enemas los podemos clasificar dependiendo de su uso en distintos niveles de actuación, algunos nos sirven para poder evacuar gases y materia fe-cal, otros para eliminar parásitos y otros para fines diagnósticos. Es función de la inserción y colocación del mismo el/la TCAE, dependiendo de las circunstancias del paciente y según su patología hay enemas que deben ser colocados por la Enfermera mediante sonda rectal. Según su función de cada uno de ellos podemos distinguir:

1.-Enema de limpieza: los enemas de limpieza pueden ser comerciales o de preparación hospitalaria según las pautas del facultativo, aun así los comerciales tienen una efectividad menor que los preparados hospitalarios, su composición varían, ya que depende de lo que prescriba el facultativo, pero como norma general se utilizará:

- Agua jabonosa
- Glicerina o Duphalac (para que no se altere la mucosa intestinal)
- Una cuchara de aceite de oliva

La cantidad a introducir en el recto lo normal será de 250ml, pero a veces se pone de manifiesto una jarra de un litro a la cual se le añade todo lo mencionado anteriormente. El tiempo de retención del enema es aproximadamente de diez a veinte minutos. En los enemas de limpieza debemos de mantener la jarra o el dispositivo a 40 cm por encima del recto del paciente, antes habremos purgado el sistema de conexión con la jarra para no introducir aire en el recto. Debemos saber una serie de contraindicaciones que se deben de tomar en cuenta a la hora de administrar cualquier enema y es que en pacientes con apendicitis, peritonitis, traumatismos intestinales y obstrucción intestinal estará prohibido su administración.

2.-Enema Carminativo o también llamando enema de Harris: es un tipo de enema que se utiliza para la expulsión de gases. Este enema se sube y se baja la jarra o el dispositivo a emplear de 30 cm a 20 cm sucesivamente repitiéndola durante quince a veinte minutos, así se consigue la expulsión de gases.

3.- Enema antihelmíntico: es un tipo de enema que se utiliza para la infestación de parásitos que están alojados en el intestino grueso, ejemplo podemos destacar los Oxiuros.

- 4.- Enema de Murphy: es un enema que se administra en forma de goteo soluciones de fármacos cuando otras vías son nulas para poder administrar.
- 5.- Enema Emoliente: es un tipo de enema que se utiliza para la lubricación y protección de la mucosa del intestino.
- 6.- Enema Medicamentoso: es un enema o microenema que se utiliza para pacientes que necesitan una respuesta rápida en un momento dado, como ejemplos podemos destacar las canuletas o microenemas de Diazepan en crisis convulsivas.
- 7.-Enema Alimenticio: es un enema que es de poco uso, ya que debido a la nutrición enteral y la parenteral este ya no se utiliza.
- 8.-Enema Opaco o Baritado: es un enema que se utiliza para la visualización radiográfica de las estructuras del intestino grueso (motilidad intestinal, divertículos, pero no se evidencian pólipos).
- 9.- Enema Oleoso: se utiliza cuando el recto y el colon sigmoideo se encuentra irritado con la facilidad de expulsar las heces en pacientes con estreñimiento crónico.

5 Discusión-Conclusión

Con los enemas se ha ayudado a muchos pacientes en la eliminación de heces cuando hay estreñimiento, ya que favorece el peristaltismo intestinal, ofreciendo así la salida de las heces o bien para el diagnóstico o de forma terapéutica. Lo que hay que tener en cuenta, son las contraindicaciones que presentan en algunos pacientes ya que podría complicar la evolución de su enfermedad de base (apendicitis, peritonitis, obstrucción intestinal, no sin antes olvidar que los pacientes que han sufrido problemas coronarios esta técnica sería la última en usar). Debemos recordar, que un enema es una solución por lo general medicamentosa, eso quiere decir que será el facultativo responsable del paciente quien indique la pauta médica de tratamiento, el tipo de enema a administrar, exceptuando el enema de limpieza que se puede usar de forma comercial o de forma hospitalaria (añadiendo el TCAE, jabón u otras sustancias como glicerina. Etc.), aunque podemos decir que es también el médico quien lo ordena. Es una técnica que es función del TCAE, aunque hay una serie de situaciones en la cuales es la Enfermera la que tiene la función de administrarlos, cuando se trate de pacientes que sean portadores de colostomías o que por la situación que presenta el paciente es necesario colocar una sonda rectal para administrar el mismo. Una vez concluida la técnica se apuntará en la hoja de enfermería cuál ha sido el resultado tras la administración del enema, apuntando si ha sido efectivo o no, para que el

facultativo tenga que tomar otras determinaciones al respecto.

6 Bibliografía

- 1.- Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Millan 2018.
- 2.- Enemas de limpieza en pacientes críticos. Enfermería..., 2014 – Elsevier.
- 3.-Enemas en pacientes con requerimiento de pruebas diagnósticas. 2022 - repositorio.uwiener.edu.pe.
- 4.-Enemas hidrostáticos en pacientes con invaginación intestinal. 2019 - pesquisa.bvsalud.org.
- 5.-Estreñimiento crónico y la importancia de los enemas de limpieza. Gastroenterología del ..., 2023 - revistagastroperu.com.

Capítulo 277

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

Los fármacos son sustancias químicas, con distinta consistencia líquida, sólida, gaseosa, u oleosa, que son administradas al paciente o a la persona por distintas vías del organismo, el personal de enfermería utiliza estas vías como forma de administración y no todas las vías son accesibles para el TCAE.

Los fármacos son prescritos por el facultativo, el cual ordena una pauta a administrar con la dosis correcta y la hora. Todos los medicamentos van a sufrir en el organismo una biotransformación proporcionando que el principio activo sea lo más fácilmente aprovechable para la absorción, por eso el fármaco sufrirá una liberación, absorción, distribución, metabolización y excreción del mismo, lo que ser conocida como farmacocinética (LADME).

En cuestión de las interacciones, como de los efectos adversos de los mismos, se debe tener cuidado a la hora de administrarlo, es conveniente no mezclar fármacos y administrarlos por separado, ya que puede haber interacciones, además que es conveniente que la gran mayoría se diluya en suero fisiológico o glucosado o introducirlos directamente en vía venosa según pauta médica.

La farmacología es la ciencia que estudia la composición química de los fármacos y las acciones terapéuticas que estos ocasionan en el organismo, por eso es importante diferenciar principio activo de marca comercial, ya que la gran mayoría de fármacos son conocidos por ambas nomenclaturas utilizando el principio activo más comúnmente, pues bien el principio activo es la sustancia farmacológica que va a dar respuesta a la acción terapéutica en el organismo y el excipiente va a ser el vehículo que va a facilitar la reabsorción o biodisponibilidad del mismo. Es cierto que la absorción va a depender de muchos factores dependiendo del paciente y de las vías de absorción como de la dosis, no debiendo de olvidar de los mecanismos farmacodinámicos que van a actuar en los receptores celulares del organismo, que son las que van a actuar con el medicamento cuando es administrado. Todo medicamento una vez absorbido va a ser metabolizado en sustancias más sencillas gracias a un órgano importante como es el hígado y va a ser excretado por los riñones a través de la orina o por el sudor o bien por las heces. El TCAE y la Enfermera tienen importantes funciones a la hora de administrar medicamentos, los medicamentos por vía parenteral son exclusivos de la enfermera y los tópicos del TCAE, aunque puede variar en algunas instituciones y delegar la Enfermera la administración algunos fármacos por vía oral o vía subcutánea. Otra de las cosas que hay que tener en cuenta a la hora de la administración farmacológica son las caducidades de los medicamentos, como los símbolos que estos llevan consigo en las cajas, porque nos pueden hablar del tipo de medicamento que vamos a administrar (si son opioides sin son AINES, etc.) la conservación del mismo y de algunas particularidades que no se deben de pasar por alto a la hora de la administración.

2 Objetivos

- Dar a conocer las vías de administración de medicamentos pautados por el facultativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline Plus, Elsevier, acerca de la administración de medicamentos, consultando las mismas reseñas de farmacología para enfermería.

4 Resultados

La labor del personal de enfermería en este aspecto es aplicar los cuidados terapéuticos conociendo la base de las vías de administración. Hay que dejar muy claro que gran parte de la medicación que se administra al paciente es responsabilidad de la enfermera, la cual administra las vías inmediatas de los fármacos o vías parenterales; aunque en gran parte pueda colaborar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en algunas acciones de administración como es el caso de la vía rectal, tópica y la oral. Esta última es la vía mediata o de forma indirecta, pero siempre bajo la supervisión de la responsable del paciente.

Hay medicamentos o fármacos que pueden actuar como estimulantes, inhibidores como algunos antidepresivos, antimicrobianos, etc. Por eso es importante que ambos profesionales conozcan las distintas vías que vamos a mencionar a continuación:

- Vía Oral:

Es una vía en la cual se puede administrar al paciente por boca todos aquellos fármacos como píldoras, cápsulas, jarabes. Etc. Es una vía segura para pacientes conscientes y colaboradores, absorbiéndose a través de la mucosa gástrica y en el intestino delgado, dependiendo de su forma farmacéutica. Su efecto se alcanza en un promedio de media hora a cuarenta y cinco minutos.

- Vía Sublingual:

Hay fármacos que se puede administrar debajo de la lengua, ya que esta permite gracias a su gran vascularización ser absorbida rápidamente al torrente sanguíneo, su forma farmacéutica puede ser cápsulas que contienen el medicamento con consistencia líquida (Adalat sublingual) o formas farmacéuticas sólidas (Capitol), debemos de decir que hay pocos fármacos para este tipo de vía.

- Vía Respiratoria:

Consiste en la inhalación o bien mediante nebulizadores o aerosoles de sustancias farmacéuticas con un efecto rápido debido a la gran vascularización que tiene las

fosas nasales y es vía directa para los bronquios y el pulmón.

- **Vía Rectal:**

Es una vía que hoy en día se utiliza poco a excepción de la administración de enemas, pero que es utilizada en pacientes inconscientes, utilizando formas farmacéuticas muy distintas como: supositorios, cremas, pomadas, etc. Por su gran vascularización del recto, el medicamento es absorbido al torrente sanguíneo, pero no es predecible con seguridad que toda la dosis sea administrada por el mismo.

- **Vía Genital:**

Esta vía se utiliza en caso de infecciones micóticas o bacterianas, ya que la mucosa vaginal tiene la acción de absorción de medicamentos, utilizándose óvulos, supositorios, cremas, etc.

- **Vía Tópica:**

Se utiliza en la aplicación de piel y mucosas, comprende un gran número de formas farmacéuticas, desde colirios, cremas, gotas, etc., pudiéndose emplear en ojos, piel, oídos, rectal, vaginal.

- **Vía Parenteral:**

En esta vía el fármaco no tiene que atravesar ninguna barrera para poder ser absorbido a la circulación sanguínea, ya que pasa directamente. Es una elección rápida, pero que entraña riesgos a la hora de administrar para algunos pacientes, sobre todo si no se sabe las alergias que pueda entrañar el paciente. Es una vía rápida en caso de emergencias, como en el caso de pacientes con parada cardiorrespiratoria o para algunos pacientes que no toleren por vía digestiva la medicación. Dentro de esta forma de administración podemos encontrar: la vía subcutánea, intradérmica, intravenosa, intratecal, intraarterial, intraósea, intraarticular, etc. En todos los hospitales o centros de salud como en instituciones sociales debe haber un carro de medicación que contenga todos los fármacos en forma de unidosis para poder pautar la medicación en las veinticuatro horas, esto facilita mucho al personal de enfermería para que la medicación sea repartida a la hora exacta, paciente correcto y dosis exacta.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día la actualización de la administración de fármacos y la dispensación ha cambiado en muchos aspectos.

La unidosis farmacéutica ha hecho posible el ahorro en muchos fármacos a nivel hospitalario, puesto que había medicamentos en vitrinas que se pasaban tiempo

sin usar, pasándose así su fecha de caducidad. Esto hace posible el bienestar del paciente como del personal de enfermería.

La empresa farmacéutica también ha facilitado nuevas formas y fórmulas para que el paciente tenga menos efectos secundarios con los medicamentos y alteraciones en la intolerancia del fármaco, poniendo gran importancia a lo que se refiere en todas las vías de administración. Todos los fármacos, si se usan bien en las vías de administración, tienen la capacidad de curar o aliviar un gran número de patologías que el paciente padece tanto a nivel hospitalario como domiciliario; aunque los medicamentos no solo pueden tener la función de curar sino también para la prevención y el diagnóstico de enfermedades.

Un mal uso del fármaco puede complicar la vida del enfermo, dando lugar a intoxicaciones o efectos adversos que a veces son difíciles de revertir o provocar una resistencia bacteriana, como es el caso de los antibióticos, cuando el paciente se automedica.

Una de las principales labores que tiene el personal de enfermería es la administración de medicamentos de forma correcta, haciendo bien los cinco pasos como son: dosis correcta, paciente correcto, hora exacta y preparación de la vía de administración correcta. Dada la diversidad de cómo se presentan los medicamentos, es muy importante hacer los cinco correctos, sobre todo cuando hay muchos pacientes a los que el médico les ha pautado diferentes fármacos, para así poder evitar posibles errores y poder vigilar la acción del fármaco en el paciente, observando la posibilidad de cualquier efecto secundario.

6 Bibliografía

1. Efectos secundarios en la administración de fármacos. Editorial Editex.2015
2. Buenas prácticas en la correcta administración de fármacos. Editorial Paraninfo.2017
3. Técnicas Básicas de Enfermería. Editorial Mac Graw Hill 2017.
4. Precauciones en la administración de fármacos por vía enteral. Española de enfermería..., 2010 – Elsevier.
5. Técnicas asépticas en la preparación de fármacos para pacientes oncológicos. Rev. enferm ..., 2013 - pesquisa.bvsalud.org.
6. Protocolos de administración de fármacos en pacientes inmunodeprimidos de Farmacología y ..., 2021 - redalyc.org.

Capítulo 278

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DENTRO DE LAS FUNCIONES TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

1 Introducción

Las úlceras por presión son cualquier herida producida en la piel causada por la presión continua sobre la superficie y/o prominencia ósea, también pueden ser ocasionadas por fricciones, cirugías o por la combinación de las mismas que pueden llegar a causar isquemia lesionando la piel, la epidermis, y el tejido celular subcutáneo además de poder afectar a los músculos y huesos, según corresponda, en cuanto a la función de gravedad de la herida, esta patología se clasifica en diferentes grados.

Las úlceras por presión o escaras son un importante problema de salud pública en la actualidad, ya que tienen consecuencias adversas en la calidad de vida de

los pacientes y usuarios de hospitales y centros comunitarios, prolongando la atención sanitaria, las estancias hospitalarias y aumentando el coste hospitalario. Por ello, es muy importante realizar una labor de prevención y así evitar estas patologías.

Un gran número de úlceras por presión pueden ser evitadas mediante la correcta aplicación del protocolo de prevención y tratamiento por lo que el problema de las úlceras por presión (UPP) también tiene cada vez más reclamaciones y quejas, debido a que el motivo de ingreso de un paciente en el hospital con una determinada afección puede tener que prolongar su ingreso por la aparición de escaras y/o las úlceras por presión. Además, la importancia de la prevención no se limita sólo al ámbito hospitalario, sino que las medidas preventivas deben realizarse en el propio domicilio del paciente, si sus circunstancias así lo requieren, para ello se hace importante la información sobre tratamientos, higiene y cambios posturales, que la familia o cuidadores deben conocer para evitar la aparición.

2 Objetivos

- Exponer cómo se producen las úlceras por presión y los diferentes grados en los que se clasifican.
- Explicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en relación con las úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En los hospitales, especialmente en las unidades de medicina interna, cuidados paliativos y geriatría, el profesional sanitario que tiene un contacto más directo con los pacientes son los TCAE, ya que pasan mucho tiempo con pacientes que necesitan atención y pueden abordar las necesidades de tratamiento, de las medidas preventivas y la educación sanitaria. Es por ello que los TCAE deben prestar

una serie de funciones de atención específica, como el cuidado y observancia de la piel, el adecuado control de la presión sobre el colchón, la colocación de colchones anti escaras si se precisa y la higiene, lavado y el tratamiento de las úlceras por presión con diferentes apósitos de tratamiento. Estas son las principales finalidades que se deben alcanzar para así prevenir el desarrollo de las úlceras por presión y contribuir en la calidad de vida de los pacientes ingresados. La prevención es muy importante ya que la aparición y desarrollo de úlceras por presión empeora de forma muy significativa el pronóstico sanitario del paciente. Cuando una úlcera se infecta, puede llegar a afectar las estructuras internas que recubren la piel, como son los músculos, tendones y huesos, y se puede formar una fístula en el lugar que ha sido infectado.

Existen factores de riesgo que pueden llegar a favorecer la aparición de las úlceras por presión, estos se dividen en factores intrínsecos y específicos del paciente y los factores extrínsecos que son los que actúan desde el exterior.

- Presión prolongada en determinadas zonas, la presión durante un largo tiempo sobre una misma zona altera la circulación sanguínea local y origina la aparición de las úlceras, por lo que siempre es recomendable realizar cambios posturales periódicos y aliviar la presión con almohadas y cojines.
- Fricción, se trata del roce producido entre la piel y la superficie sobre la que el paciente se apoya, como arrugas en las sábanas, colchones deteriorados, movilizaciones inadecuadas...
- Humedad, ocasiona la maceración de los tejidos y provoca la úlcera puede ser por el sudor, fluidos corporales y por un deficiente aseo higiénico y secado de la piel.
- Materiales que pueden irritar la piel, como son pañales mal colocados o detergentes utilizados en el lavado de la ropa de lencería.

Según la afectación en las diferentes capas de la piel y su gravedad las úlceras por presión se clasifican en distintos grados:

- GRADO I, piel tiene un color rosado y está enrojecida en la epidermis.
- GRADO II, aparecen vesículas y flictenas con líquido seroso en la piel, que afectan tanto a la epidermis como a la dermis.
- GRADO III, pérdida de parte del tejido de piel que se extiende en profundidad creando tejidos necrosados que llegan hasta la dermis y a la hipodermis
- GRADO IV, este es la pérdida absoluta del grosor de la piel con necrosis en el tejido y laceraciones en los músculos y huesos.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desarrolla del TCAE en las unidades de hospitalización está dirigido en su totalidad a cubrir las necesidades básicas y sanitarias de los pacientes dependientes como son: el aseo e higiene (en el que se debe observar la piel y sus posibles cambios), la alimentación, movilización, cambios posturales periódicos, etc. Los TCAE son personal sanitario fundamental ya que sus observaciones influyen en la toma de decisiones, tratamiento y evaluación del equipo facultativo y de enfermería en la prevención y tratamiento de diferentes afecciones relacionadas con la dependencia el paciente siendo una de las más habituales la aparición de las úlceras de aparición debidas normalmente a una presión prolongada en la misma zona del cuerpo, los TCAES han de tener los conocimientos adecuados y reciclados sobre las mismas, para poder reconocer su aparición y así el personal de enfermería pueda pautar el tratamiento adecuado para la curación y avance de las mismas.

6 Bibliografía

1. Úlceras por presión: Prevención [Internet]. Ulceras.net. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>.
2. Novo MID, García MZB. La función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la prevención de las úlceras por presión. En: Actuaciones prácticas e investigación en salud lo largo del ciclo vital: innovación para la calidad de vida. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2020. p. 245–50.
3. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2006 [citado el 9 de agosto de 2023];17(4):203–24. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000400005.

Capítulo 279

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE SANGRE OCULTA EN HECES

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

1 Introducción

La prueba de sangre oculta en heces es un estudio médico que se utiliza para detectar la presencia de pequeñas cantidades de sangre que pueden no ser visibles a simple vista en las heces. Esta prueba es valiosa en la detección temprana de sangrado gastrointestinal, que puede estar relacionado con diversas condiciones médicas, como cáncer colorrectal, pólipos, úlceras, diverticulitis, entre otros.

El proceso de la prueba de sangre oculta en heces generalmente implica la recolección de varias muestras de heces en días consecutivos. Estas muestras se analizan

en el laboratorio para buscar la presencia de hemoglobina, una proteína presente en los glóbulos rojos. Si se detecta hemoglobina en las muestras, puede indicar la presencia de sangre oculta en el tracto gastrointestinal.

Esta prueba es especialmente útil en la detección temprana de cáncer colorrectal, ya que permite identificar sangrado antes de que se manifiesten síntomas evidentes. Se recomienda a menudo como parte de los programas de detección de cáncer colorrectal para personas mayores de cierta edad o con factores de riesgo. Un resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces no es un diagnóstico de cáncer, pero puede llevar a una colonoscopia u otros estudios adicionales para investigar la causa del sangrado.

La prueba de sangre oculta en heces es una herramienta importante en la detección temprana de sangrado gastrointestinal y puede ayudar en la identificación de diversas condiciones médicas, incluido el cáncer colorrectal. Es una parte esencial de los programas de detección de cáncer y puede contribuir significativamente a la prevención y el tratamiento oportuno de enfermedades gastrointestinales.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones en la recogida de sangre oculta en heces.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la recogida de una muestra de sangre oculta en heces, un procedimiento que contribuye a la detección temprana de sangrado gastrointestinal y a

la evaluación de la salud del paciente. A continuación, se describen sus funciones clave en este proceso:

Educación y preparación del paciente: Los TCAE deben proporcionar información al paciente sobre la importancia de la prueba y cómo recolectar las muestras de heces de manera adecuada. Explicar la necesidad de seguir las indicaciones específicas, como la dieta previa o la restricción de ciertos medicamentos, es esencial para obtener resultados precisos.

Suministro de materiales: Es responsabilidad de los TCAE proporcionar al paciente los materiales necesarios para la recogida de muestras, como los kits de prueba de sangre oculta en heces. Aseguran que el paciente tenga todo lo necesario para realizar el procedimiento correctamente.

Instrucciones claras: Los TCAE deben brindar instrucciones claras sobre cómo recolectar las muestras de heces y cómo almacenarlas adecuadamente hasta su entrega al laboratorio. Esto incluye explicar el uso de los dispositivos de recolección y proporcionar información sobre la fecha y hora de entrega.

Asistencia durante la recogida: Algunos pacientes pueden necesitar asistencia para la recolección de las muestras debido a limitaciones físicas o problemas de movilidad. Los TCAE deben estar preparados para brindar apoyo con sensibilidad y respeto, asegurando la comodidad del paciente.

Etiquetado y registro: Una vez que el paciente ha recolectado las muestras de heces, los TCAE deben asegurarse de que estén debidamente etiquetadas con la información correcta, como el nombre del paciente y la fecha y hora de recolección. Además, registran esta información en la documentación médica adecuada.

Transporte de las muestras: Los TCAE son responsables de transportar las muestras de heces al laboratorio de manera segura y oportuna, siguiendo protocolos específicos de manejo y almacenamiento para preservar la integridad de las muestras.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la recogida de muestras de sangre oculta en heces al educar y preparar al paciente, proporcionar materiales, brindar instrucciones claras, ofrecer asistencia cuando sea necesaria, asegurar un etiquetado adecuado y un registro preciso, y garantizar que las muestras se transporten de manera segura al laboratorio. Su contribución es vital para la detección temprana de sangrado gastrointestinal y la evaluación de la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación crucial para una buena recogida de muestra de sangre oculta en heces es seguir cuidadosamente las instrucciones proporcionadas por el personal de salud. Eduque al paciente sobre la importancia de seguir las pautas específicas, como la dieta previa y la restricción de ciertos medicamentos, para evitar resultados falsos. Asegúrese de que el paciente comprenda cómo recolectar las muestras utilizando el kit de prueba proporcionado y cómo almacenarlas adecuadamente hasta su entrega al laboratorio. Además, explique claramente la fecha y hora de entrega de las muestras.

Mantenga una comunicación abierta con el paciente y esté preparado para brindar apoyo durante el proceso de recolección, especialmente si el paciente tiene limitaciones físicas. Finalmente, recuerde etiquetar correctamente las muestras con el nombre del paciente y la fecha de recolección para evitar confusiones. Siguiendo estas recomendaciones, se maximizará la precisión de la prueba de sangre oculta en heces, lo que es esencial para la detección temprana de sangrado gastrointestinal y para contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuados.

6 Bibliografía

Sánchez, M. E. R., Domínguez, S. D., Domínguez, Y. G., & De la Corte Sánchez, M. (2009). Proceso enfermero en la consulta de urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente. *Enfuro*, (110), 23-27.

Capítulo 280

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

VERÓNICA PLAZA MORENO

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional que trabaja con el fisioterapeuta, para ayudar a los pacientes a recuperar su movilidad y mejorar su calidad de vida después de una lesión, cirugía o enfermedad.

También ayuda a los pacientes a desarrollar las habilidades necesarias para llevar a cabo estas actividades de manera autónoma. Además, colabora en la planificación y ejecución de ejercicios terapéuticos y físicos, con el objetivo de fortalecer los músculos y mejorar la coordinación y el equilibrio.

Se encarga de mantener y manejar el equipo y las instalaciones utilizadas en el proceso de rehabilitación, tales como camillas, sillas de ruedas y aparatos de

terapia. Además, registra y documenta la evolución de los pacientes, anotando sus progresos.

La rehabilitación se entiende desde el punto de vista sanitario como el conjunto de intervenciones destinadas a reducir y prevenir problemas de salud, bien producidas por algún accidente o patología, o bien por cuidado de la salud. Existen varios tipos de rehabilitación, entre ellos encontramos la rehabilitación ortopédica, deportiva, pediátrica, neurológica.

En la unidad de rehabilitación se atienden y aplican tratamientos a los pacientes que sufren incapacidades o limitaciones, por causa de los efectos adversos de una enfermedad. Se ofrece esta atención hasta conseguir una recuperación total o avanzada en el estado del enfermo. Para llegar a alcanzar estos fines, el papel del TCAE en rehabilitación es fundamental.

2 Objetivos

- Saber cuáles son las funciones principales del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los servicios de rehabilitación.
- Conocer y saber cómo funciona el servicio de rehabilitación y también cómo se imparte dicha rehabilitación por los profesionales sanitarios, en este caso por los TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las rehabilitaciones más frecuentes van destinadas a la recuperación parcial o total de algún tipo de patología, traumatismo y otra lesión derivada de accidentes, lesiones articulares (rotura de ligamentos, esguinces) lesiones óseas (fracturas de huesos o fisuras).

El paciente accederá al servicio de rehabilitación del hospital a través de la atención primaria o por los facultativos de atención especializada.

La rehabilitación en un hospital podrá realizarse en diferentes lugares, atendiendo a la gravedad que presente el paciente y su posible traslado. Podrá desarrollarse en la habitación dónde el paciente se encuentre ingresado o en el área específica de rehabilitación (que contará con todos los recursos e instrumentos necesarios).

Para la rehabilitación, además de contar con los recursos materiales necesarios, se precisará de la dotación del personal sanitario cualificado para llevar a cabo dicha rehabilitación. Entre los profesionales que desarrollarán esta labor se encuentran los fisioterapeutas y los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) tienen asignadas distintas funciones, entre ellas podemos destacar las siguientes:

- La principal función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de Rehabilitación, es la de facilitar todas las funciones del Fisioterapeuta y médicos de la unidad para mejorar la salud del paciente.
- Facilitar, si fuera preciso, la vestimenta necesaria (guantes, bata, ...)
- El Aseo e higiene de los pacientes que no puedan valerse por sí mismos.
- Apoyo al especialista en lo que este puede requerir.
- Ayudar a la colocación de los pacientes en los distintos lugares donde vayan a recibir sus tratamientos.
- Reponer la vestimenta de uso necesaria y recoger la utilizada.
- La limpieza y ordenación del material que se ha utilizado en la Unidad.
- Ordenar y enviar a esterilizar el material que así lo requiera, empleado en la consulta o unidad de rehabilitación.
- La recepción de citas y documentos para la asistencia de los enfermos.
- Controlar las posturas estáticas de los pacientes, con la supervisión del personal sanitario titulado.
- Ayudar a desvestir y vestir a los pacientes cuando lo requiera su tratamiento.
- Recepcionar y ordenar los pedidos que lleguen de esterilización, almacén o farmacia en el lugar que corresponda, teniendo el control de la medicación que requiera estar en nevera.
- En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del fisioterapeuta y médicos de la unidad.

Un técnico en cuidados de Enfermería (TCAE) en el servicio de Rehabilitación, aparte de las funciones que hemos mencionado, también debe de contar con las siguientes características:

- Capacidad de observación. La cual permitirá percibir mejor los movimientos de los pacientes, detectar errores, anticiparte a movimientos incorrectos, etc.

- Empatía, para conectar mejor con los pacientes en rehabilitación y así comprender sus inquietudes.
- Iniciativa, de modo que puedas sugerir y proponer cambios, para la mejora del servicio, al personal de la unidad de rehabilitación.
- Compasión
- Paciencia
- Capacidad para trabajar en equipo

5 Discusión-Conclusión

La rehabilitación ayuda al paciente a desarrollar las habilidades que le haga llevar una vida lo más independiente posible y recuperarse de la enfermedad o lesión que le limita sus capacidades funcionales.

La Organización Mundial de la salud define Rehabilitación como el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posible.

En realidad, las funciones del TCAE en los servicios de rehabilitación estrechamente vinculadas con la fisioterapia abarcan bastante más. No todas son de carácter sanitario o terapéutico. Aparte de estas funciones, lo habitual es que estos profesionales ejerzan otras actividades de carácter administrativo relacionadas con la atención al paciente, e incluso otras relacionadas con el cuidado y mantenimiento de las instalaciones.

6 Bibliografía

1. <https://www.cimformacion.com/blog/sanidad/funciones-del-auxiliar-de-rehabilitacion/>
2. <https://titulae.es/tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>
3. <https://www.fp-santagema.es/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-en-rehabilitacion>
4. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm
5. https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=funciones+del+auxiliar+de+enfermeria+en+rehabilitaci%C3%B3n+&hl=es&as_sdt=0,5
6. Libro para oposiciones de TCAE de la editorial Mad.

Capítulo 281

SÍNDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LILIAN SANDRA DE LA CRUZ GÁLVEZ

1 Introducción

El síndrome del desgaste profesional o también conocido como burnout, es un tipo de síndrome, un trastorno en el que predomina el estrés causado por situaciones estresantes debido a las relaciones personales en el trabajo con los compañeros, incluyendo fatiga crónica, ineficacia o que se niegue de todo lo sucedido. También se puede nombrar como síndrome de desgaste ocupacional, trabajador consumido, profesional sanitario desgastado, quemado...

Las personas que más vulnerables son a contraer este síndrome son los profesionales en donde las relaciones de trabajador cliente y compañerismo son demasiado intensas sin tener empatía ni en cuenta al resto de las personas. Lo normal es que todas las personas que trabajen en un ámbito profesional tengan metas u objetivos con altas expectativas y de salida adelante o conseguir un ascenso, pero en muchas ocasiones el desgaste profesional lleva a un estrés a una sobrecarga en el ámbito laboral. Este tipo de centro de trastorno es muy habitual en el personal sanitario, es decir, todos los profesionales sanitarios que forman parte del equipo hospitalario, destacando el género femenino.

Por ejemplo, médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, teleoperadores, personal que forme parte de los cuerpos de las fuerzas armadas, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería...

2 Objetivos

Saber cómo debe actuar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante este tipo de síndrome.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y google académico.

4 Resultados

Algunos signos o síntomas se dividen en cuatro grupos diferentes que vamos a ver a continuación:

Los somáticos incluyen dolores de cabeza muy fuertes, dolores estomacales, dificultades a la hora de dormir...

Los conductuales problemas a la hora de relacionarse con los demás, faltar al trabajo...

Los emocionales son ansiedad, estrés, mal rendimiento en el ámbito laboral, distanciamiento hacia las personas...

Los defensivos incluyen la negación o rechazo de los síntomas y sustituir o derivar los sentimientos hacia otras situaciones.

Suele predominar el sentimiento de impotencia, de rabia, porque la persona cuando se levanta y para ir a trabajar no sé si sigue sintiendo cansado debido a la falta de descansar, siente que los turnos de trabajo son interminables y acude al trabajo por compromiso. Esta persona se siente continuamente estresada y experimenta sensibilidad, depresión y no está satisfecho con nada.

Este síndrome es multifactorial, es decir, que se ve afectado por un gran número de causas, pero suelen desarrollarlo en las personas en las que su trabajo están en contacto directo con otras personas o que los horarios de trabajo son demasiado largos o intensos.

Suele darse cuando el turno sobrepasa las ocho horas diarias, cuando el ambiente no es agradable o cuando el salario es inadecuado no es compatible con las horas diarias que trabaja la persona. También se debe al maltrato o nefasto por parte de los superiores o por parte de sus compañeros.

Los principales factores de riesgo pueden ser:

El estrés, problemas económicos o problemas en las relaciones interpersonales.

La falta de horas de sueño y de descansar u horarios descontrolados.

Algunas de las funciones que puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pueden ser:

Entender y comprender sus sentimientos, no juzgarle, brindarle, ofrecer la ayuda para cuando necesiten, guiarlos hacia otros profesionales sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Para cerrar este proyecto de investigación o capítulo de libro debemos de tener en cuenta que muchas personas o profesionales padecen este tipo de trastornos, pero no se tiene en cuenta o no es muy visto o reconocido, pero no parece muchas más personas o profesionales de lo que nosotros nos podemos imaginar debido a las condiciones de trabajo o condiciones salariales, pero también el trato que se recibe por parte de sus superiores o de sus compañeros. Para poner fin a este problema, debemos de comunicarlo al encargado o jefe de la empresa para que tome las medidas adecuadas y acudir a un profesional sanitario especializado en salud mental.

6 Bibliografía

Real Academia Nacional de Medicina (ed.). Diccionario de términos médicos. Editorial Médica Panamericana. p. 1500. ISBN 978-84-9835-183-5.

«burnout». Consultado el 26 de agosto de 2017.

Capítulo 282

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

VERÓNICA PLAZA MORENO

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los servicios de urgencias pediátricas en los hospitales tendrán un funcionamiento de 24 horas ininterrumpidas, el personal sanitario tendrá horarios por turnos y con guardias.

Urgencias es un servicio de alto riesgo y si hablamos de niños aun más, conocer las características de porque se acude a urgencias ayuda mucho al equipo médico y al cuadro de enfermería. La incidencia suele ser mayor en el turno de tarde, y muchas de las visitas a urgencias son debidas a traumatismos sobre todo a partir de los 6 años.

El servicio de urgencias debe tener un acceso a vehículos tanto para las ambulancias como para los taxis o coches particulares de modo seguro, la zona debe

estar cubierta y bien iluminada, con una altura mínima de cuatro metros y con suficiente anchura para poder abrir puertas y extraer al paciente. Debe existir un área con sillas de ruedas y camillas para la movilización de los pacientes .

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en urgencias pediátricas.
- Tener un ligero conocimiento de cómo funciona y cómo está organizado el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo un estudio en diferentes páginas de internet y libros de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, también se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores Pubmed y Google académico.

4 Resultados

Las urgencias Pediátricas serán para los niños hasta los 14 años de edad, a partir de los 14 años los niños que acudan a urgencias pasaran a ser vistos en las urgencias de Adultos. Una vez que el niño entra a urgencias con los padres, lo primero que tienen que hacer es dar los datos del niño en admisión de urgencias, para que los médicos y pediatras puedan acceder a su historial y también para que el paciente pueda acceder al área de triaje.

El área de triaje o clasificación de pacientes, tiene la misión de establecer la prioridad de la asistencia, con el fin de dar atención sanitaria en mayor o menor tiempo según sea la gravedad del paciente, el área de triaje estará situada en una zona visible cerca de la entrada de urgencias del hospital. El paso por triaje es un momento muy importante, la Enfermera junto con el TCAE tendrán que ver si el niño viene consciente, valorar el grado de dependencia, observar si es o no autónomo... todo tipo de detalles, eso nos dirá con gran exactitud la necesidad de nuestra ayuda en cada momento.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), junto al Enfermero y el Médico, forman el equipo que atenderá al paciente en las urgencias pediátricas, hasta el momento del alta o traslado de unidad. Con la ayuda, en muchas situaciones de los celadores. El trabajo en el servicio de urgencias es un trabajo

en equipo y perfectamente coordinado, donde cada uno debe conocer perfectamente cuáles son sus funciones. Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son muy extensas y diferentes. Y en el servicio de urgencias pediátricas, es uno de los servicios en donde más funciones se realiza.

Cuando pasa por el triaje el TCAE es la primera persona que recibe al paciente en urgencias, lo identifica y le toma la temperatura, después lo acompaña al box para que el médico o pediatra le explore, lo acomoda, le ayuda si es necesario a desvestirse y vestirse, y le proporciona todo lo necesario, después ayuda al equipo de enfermería a administrar el tratamiento prescrito por el médico o pediatra si debe permanecer en observación.

El TCAE proporcionará un pijama y acompañará al niño y su familiar a una sala de observación, allí permanecerán hasta tener habitación en planta en caso de necesitar ser hospitalizado, o ser dados de alta por el médico o pediatra tras una mejoría en la urgencia.

El TCAE es el profesional sanitario más cercano al paciente. Al trabajar con pacientes en edad pediátrica, en estos casos, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ha de estar perfectamente cualificado para actuar de una manera correcta. Y tener en cuenta en cada momento las necesidades de cada grupo de edad, tanto en el plano físico como en el afectivo. En el servicio de urgencias, nos encontramos con todo tipo de afecciones, y trabajaremos junto a los médicos especialistas en cada una de ellas, por ello en este servicio existen todos los protocolos necesarios de técnicas a realizar. Es función del TCAE preparar dichas técnicas, y colaborar conjuntamente con el enfermero y/o el equipo médico, así mismo es también el encargado de preparar al paciente para cualquier procedimiento.

Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE):

- El TCAE, es, en todo momento, el responsable del instrumental utilizado en el servicio, de su limpieza y de su posterior traslado a esterilización, así como de ir a recogerlo, y mantener ordenado el stock de material estéril.
- Debe revisar el stock general de urgencias, y el de los boxes, también el aparataje ubicado en el servicio, comprobando su funcionamiento y anotando cualquier incidencia existente.
- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería supervisará y realizará cada alta o traslado que se produzca en la unidad, ayudando al paciente si lo requiere y retirando el material que se haya utilizado, dejando el box listo para su limpieza, y prepararlo posteriormente para otro paciente.
- Asistirá al paciente, cuando lo necesite, en su alimentación e higiene.
- Es también tarea del TCAE tramitar solicitudes y enviar o llevar las muestras del

paciente que se soliciten (sangre, orina, esputo...)al laboratorio correspondiente.

- Debe de registrar siempre todas las tareas realizadas, en la hoja de evolución de los pacientes.
- El TCAE ha de saber cómo actuar en determinados momentos sin dubitación, y ha de trabajar en una comunicación constante con el Enfermero, trabajando conjuntamente en el plan de cuidados que tenga cada paciente y comunicándole cualquier cambio que en él observe.
- Como personal sanitario ha de saber priorizar sus funciones según las necesidades del servicio, y en concreto de cada paciente. Siempre manteniendo el secreto profesional.

5 Discusión-Conclusión

Hay muchas áreas dentro de un servicio de urgencias pediátricas, cada una no menos importante que la otra, que deben regirse por un mismo protocolo de orden, limpieza, abastecimiento y trabajo en equipo, deben de estar perfectamente delimitadas y con el suficiente personal cualificado y humano que tenga empatía y sea cercano.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de Enfermería en urgencias pediátricas es fundamental. Al tratar con niños, hay que disponer de mucha paciencia. Ellos no se expresan con la misma facilidad que los adultos, por lo tanto, el TCAE tiene que tener una buena actitud y una escucha activa. También tendrán que ayudar a los padres a tranquilizarse dándoles apoyo y comprensión.

6 Bibliografía

1. <https://www.ifp.es/blog/que-funciones-tiene-un-auxiliar-de-enfermeria>
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>
3. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm&ved=2ahUKEwiqnYepyfOAAxWpaqQEhf8qBy0QFnoECCYQAQ&usg=AOvVaw0T6yQZDUzD_X0KrDtaX6q7
4. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias/amp&ved=2ahUKEwiJruDsi_WAAxXuTaQEHeS1A7IQFnoECBAQAQ&usg=AOvVaw2lBYLUOllhVmE739rvhdq

5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias/>

Capítulo 283

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

VERÓNICA PLAZA MORENO

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El TCAE, es el responsable principal del correcto funcionamiento del servicio de esterilización en un hospital, ya que es la persona encargada de realizar la esterilización de todo el material que será utilizado para el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, por ejemplo, el material utilizado en una cirugía. Un error en la esterilización del instrumental que posteriormente va a estar en contacto directo con los fluidos corporales de los pacientes, como la sangre, puede dar lugar a graves consecuencias para la salud del paciente.

En todos los niveles asistenciales, la reutilización segura del instrumental clínico sólo puede llevarse a cabo tras un proceso correcto de esterilización y conservación del mismo.

La descontaminación es el proceso mediante el cual se eliminan los microorganismos de los objetos o artículos contaminados durante la atención del paciente, bien sea por contacto con fluidos corporales o por restos orgánicos. El objetivo de la esterilización, es que todo el instrumental sea seguro para su manipulación en usos posteriores.

Existen distintos niveles de descontaminación, los cuales son la limpieza, desinfección y esterilización.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, como responsable de la limpieza del instrumental quirúrgico, tiene que contar con unos principios y conocimientos básicos que le permitan realizar unas correctas prácticas de limpieza, desinfección y esterilización del aparataje e instrumental clínico.

2 Objetivos

- Entender la importancia de una correcta esterilización a nivel hospitalario.
- Saber cuáles son las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización.
- Conocer el funcionamiento y organización del servicio de esterilización.
- Conocer las distintas zonas del servicio de esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación, realizado una búsqueda sistemática de libros de oposiciones, también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Central de Esterilización, definida como la unidad que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental a unidades y servicios sanitarios, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, con el fin de garantizar una seguridad biológica del material para poder ser utilizado con el paciente.

Es una unidad intermedia, que presta servicio a otras unidades hospitalarias y extrahospitalarias.

En la unidad de esterilización lo que se ha de lograr es proporcionar el material necesario para diagnosticar, tratar o cuidar, en perfectas condiciones de esterilización. La ubicación de la unidad de esterilización está estratégicamente diseñada para garantizar su función al máximo, generalmente, está ubicada cerca de la zona de quirófano, además, en hospitales grandes, cuenta con posibilidades autónomas de transporte. Así mismo, es muy importante que cuente con un sistema de ventilación, para eliminar vapores y gases residuales, la temperatura debe situarse entre 21 °C y 24 °C.

La plantilla de la unidad de esterilización está formada casi en su totalidad por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Dentro de la unidad de esterilización se distinguen dos áreas, un área de sucio y un área de limpio, perfectamente delimitadas y en las que se debe de tener especial cuidado, sobre todo, para no traspasar material sucio a la zona limpia, pues esto supondría una contaminación del área limpia.

La esterilización se lleva a cabo para garantizar la eliminación de bacterias del instrumental quirúrgico, y evitar así las infecciones.

- Todo el instrumental se debe de meter en los envases adecuados para su esterilización. Los distintos envases deben de mantener su condición de esterilidad por un tiempo determinado. El envase tiene también una función protectora, preservando el instrumental tratado y permitiendo su almacenaje y distribución sin perder sus cualidades.

Antes de llevar a cabo cualquier tipo de esterilización, el TCAE debe asegurarse de que todos los aparatos y sustancias que se van a utilizar para la esterilización del instrumental, están en perfectas condiciones.

El autoclave es el aparato más comúnmente utilizado para la esterilización, esta se realiza combinando altas temperaturas y calor presurizado, en un tiempo determinado, todo ello varía dependiendo del material a esterilizar. No se debe retirar el material del autoclave antes de que haya finalizado correctamente el ciclo de secado. El Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería debe que tener en cuenta las instrucciones del funcionamiento del esterilizador, el peso de la carga y tiempos de operación.

Una vez finaliza el ciclo de esterilización (entraríamos en la zona limpia) el instrumental que ha sido esterilizado debe almacenarse limpio y seco, empaquetados en sus bolsas estériles cerradas, verificando previamente que la banda de esterilizado ha cambiado de color y comprobando también que los instrumentos no se hayan oxidado durante la esterilización

EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN NOS ENCONTRAMOS CON LAS SIGUIENTES ZONAS:

- Zona de acceso y recepción de material usado a esterilizar.
- Zona de lavado.
- Zona de limpieza, desinfección y secado.
- Zona de preparación, empaquetado y esterilización.
- Zona de almacenamiento y distribución de material estéril.

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN:

El principal objetivo del TCAE es conseguir que todo el material que salga del servicio de esterilización esté exento de contaminación y sea seguro para el paciente.

Recepción del material y su posterior clasificación. Para ello se tendrá en cuenta:

- Inspección y empaquetado.
- Proceso de esterilización.
- Comprobación.
- Almacenamiento del material limpio y estéril.
- Distribución.

En el área de sucio, el TCAE debe recibir, revisar, limpiar, secar, lubricar y clasificar todo el material que recibe de los diferentes servicios hospitalarios y extra-hospitalarios.

Tras la recepción del material, una tarea fundamental es el registro de todo el instrumental y/o aparataje que llega a esterilización, revisado y comprobado para su limpieza, manual o en cubas de ultrasonidos y posterior esterilización.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe:

- Aplicar las técnicas de limpieza, desinfección y esterilización hospitalarias programadas.
- Empaquetar el instrumental a esterilizar en el envase correspondiente.
- Manejar y dosificar los productos específicos y necesarios, para la realización de la limpieza y desinfección del instrumental.
- Aplicar adecuadamente a cada situación, máquinas y materiales.
- Manejar técnicas, herramientas y procesos adecuados para el desarrollo de sus actividades.
- Conocer todas las precauciones a tomar en el desempeño de sus funciones, según la normativa de prevención de riesgos laborales

5 Discusión-Conclusión

La Unidad central de esterilización (UCE) es aquella en la que se lleva a cabo todo el proceso de producción de material estéril, para su posterior uso clínico o lo que es lo mismo, recibe, acondiciona, procesa, controla, almacena y distribuye equipamiento biomédico, textiles e instrumental a otras unidades y servicios sanitarios, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, con el fin de garantizar la seguridad biológica de estos productos para su uso con el paciente. Este proceso se realiza en áreas definidas (área sucia y área limpia).

Los objetivos de la central de esterilización son:

- Garantizar que el proceso de esterilización se realice cumpliendo los requisitos de eficiencia, seguridad y calidad, requeridos.
- Mantener todo el proceso de esterilización bajo control, evitando así que se produzca una variabilidad excesiva.
- Recibir, registrar, revisar, higienizar, preservar, custodiar y entregar a las distintas unidades (hospitalarias y extrahospitalarias) el material ya esterilizado.
- La protección y el mantenimiento de los equipos de la central.
- Proteger la salud y seguridad del trabajador, así como la protección ambiental.

6 Bibliografía

1. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Central_de_Esterilizacion.pdf&ved=2ahUKEwj68s7cufGAAxWx1gIHHTkbAfUQFnoECCcQAQ&usg=AOvVaw2uES5AnyYyDxURBP4-p9
2. <https://postgradomedicina.com/tipos-esterilizacion-hospitalaria-enfermeria/>
3. Libros de oposiciones para Técnicos De Cuidados Auxiliares Enfermería de las editoriales Mad y Cep de los temas de Esterilización y Funciones del TCAE
4. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://revistasanitariadeinvestigacion.com/unidad-central-de-esterilizacion-y-funciones-del-tcae/&ved=2ahUKEwj97--O9_yAAxVwRqQEHWaUBdYQFnoECCYQAQ&usg=AOvVaw27IcSumWHKIF4WIArqK_x3

Capítulo 284

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y RECOMENDACIONES PARA EVITAR LESIONES

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

1 Introducción

El trabajo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es crucial en el ámbito de la atención sanitaria, ya que van a brindar apoyo directo a los pacientes y al personal de enfermería. Pero las tareas que van a ser realizadas por el TCAE pueden ser físicamente exigentes y potencialmente peligrosas si no se llevan a cabo con una ergonomía adecuada. Con este trabajo, proponemos recomendaciones para prevenir lesiones y mejorar la calidad de vida laboral.

La ergonomía es la ciencia que se va a ocupar de diseñar y adaptar el entorno laboral de las capacidades y las limitaciones del trabajador con el objetivo de prevenir lesiones y mejorar la eficiencia y comodidad en el trabajo a desarrollar

por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Su objetivo es mejorar el bienestar y eficiencia del trabajador, evitando lesiones y trastornos relacionados con el trabajo que realizan.

El trabajo de TCAE implica actividades como movilizar a los pacientes, levantar objetos pesados, mantener posturas estáticas y realizar tareas repetitivas. Estos factores van a aumentar el riesgo de desarrollar lesiones musculoesqueléticas, como dolor de espalda, lesiones en hombros y muñecas y trastornos musculoesqueléticos relacionados con el esfuerzo físico al que están sometidos.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer que es la ergonomía en el trabajo y analizar las diferentes recomendaciones para evitar lesiones en el ámbito laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La ergonomía en el trabajo del TCAE se puede ver en:

1. Levantamiento y movilización de pacientes: una de las principales tareas de los TCAE es ayudar a los pacientes a moverse, levantarse y transferirse de la cama a una silla o camilla. Estas actividades pueden causar tensiones musculares y lesiones si no se realizan de forma adecuada.
2. Posturas estáticas y repetitivas: a menudo los TCAE deben mantener posturas estáticas durante largos períodos o realizar movimientos repetitivos al asistir a múltiples pacientes. Esto puede generar fatiga muscular y estrés en las articulaciones.
3. Manipulación de equipos y suministros médicos: los TCAE también están involucrados en la manipulación de equipos y suministros médicos, como sillas de ruedas, camillas y equipos de monitoreo. El manejo inadecuado de estos objetos puede causar lesiones en la espalda y las extremidades.

Recomendaciones para evitar lesiones del TCAE:

1. Formación en ergonomía: proporcionar a los TCAE en ergonomía esencial para que comprenda la importancia de mantener posturas correctas y como evitar lesiones durante su trabajo.
2. Técnicas adecuadas de levantamiento y movilización: enseñar a los TCAE técnicas de levantamiento seguro y movilización de los pacientes, utilizando la fuerza de las piernas en lugar de la espalda y haciendo uso de ayudas como grúas de traslado cuando sea necesario.
3. Rotación de tareas: implementar un sistema de rotación de tareas para que los TCAE no estén sometidos constantemente a las mismas actividades físicas, permitiendo descansos y variedad en sus funciones.
4. Adecuación de mobiliario y equipos: asegurar que el mobiliario y los equipos utilizados por los TCAE estén diseñados de forma ergonómica para facilitar su uso y reducir el riesgo de lesiones.
5. Uso de ayudas técnicas: proporcionar ayudas técnicas como grúas de traslado, camillas ajustables y carros para facilitar el movimiento y la manipulación de pacientes y equipos.
6. Ejercicios de estiramiento y calentamiento: promover rutinas de estiramientos y calentamiento antes y después del trabajo para mantener la flexibilidad muscular y reducir el riesgo de lesiones.
7. Distribución adecuada de cargas de trabajo: asegurarse de que la carga de trabajo se distribuya equitativamente entre los TCAE y de que haya suficiente personal para manejar las demandas del servicio sin sobrecargar a los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en su entorno laboral. Al aplicar los principios ergonómicos en sus tareas diarias, se pueden reducir significativamente las lesiones musculoesqueléticas y mejorar la calidad de vida de estos profesionales. Es importante que los empleadores y los trabajadores colaboren en la implementación de las recomendaciones mencionadas para crear un ambiente de trabajo seguro y saludable para los TCAE. Mediante la implementación de las recomendaciones ergonómicas y las medidas preventivas, es posible reducir significativamente los riesgos asociados al trabajo físico y mejorar la calidad de vida. No solo beneficia a los trabajadores, sino también a los pacientes, ya que un personal saludable y motivado puede brindar una atención de mayor calidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/riesgo-ergonomico-profesionales-de-enfermeria/>
http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_auxiliares.htm
<https://www.libelista.com/higiene-postural-y-ergonomia-en-el-ambitosanitario-para-tcae-676997>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 285

LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LAURA MARTINEZ BENEITEZ

1 Introducción

Actualmente, existe una prueba o técnica de diagnóstico del electrocardiograma que se realiza para diversas patologías.

En 1872, Alexander Muirh, en el hospital de San Bartolomé de Londres, fue el primer inventor del electrocardiograma, pero no lo demostró así.

En un paciente con fiebre, con el objetivo de obtener los datos de su corazón, colocó alambres en la muñeca de este y obtuvo los latidos del corazón. Durante los años siguientes y en continuidad de este descubrimiento, se siguió avanzando, hasta que el primer electrocardiograma fue en el año 1911 conocida como máquina de Einthoven en donde demostró su valor en el diagnóstico. En la actualidad es uno de los métodos más utilizados para el diagnóstico de un paciente.

El electrocardiograma, tal y como puede indicar su nombre, se puede definir como el principal método de electrofisiología cardíaca y como función principal en el cribado y diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas y la predisposición a una muerte súbita cardíaca.

Por ello, es fundamental conocer su funcionamiento y cómo se realiza la técnica correcta.

El TCAE será uno de los profesionales que realicen esta técnica no invasiva y delegada de un facultativo para el diagnóstico del paciente. El electrocardiograma en ocasiones debe repetirse porque da error o están alterados los parámetros-

2 Objetivos

Detallar el tipo de conocimientos que debe tener el TCAE para realizar un electrocardiograma (ECG) con una técnica adecuada para el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando los artículos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

Este trabajo incluye artículos en los que se indica la técnica, debe emplear el TCAE para poder realizar un electrocardiograma con fines diagnósticos.

El TCAE antes de realizar la prueba diagnóstica deberá estar familiarizado con la máquina con la que se va a realizar el electrocardiograma y, previamente a colocar los electrodos, es fundamental explicar al paciente lo que se le va a realizar para evitar ser sorprendido e incluso causar una ansiedad innecesaria.

El TCAE podrá realizar un electrocardiograma de varias formas, como puede ser la más frecuente y normal, que es donde el paciente estará tumbado en decúbito supino y con los electrodos colocados según conocimientos. Otro método de realizar un electrocardiograma es el de esfuerzo, en este momento el paciente durante la medición de los latidos cardíacos estará realizando algún tipo de ejercicio, y se necesita comprobar cómo funciona el corazón en activo.

Previamente a la colocación de las pegatinas de los electrodos, el TCAE deberá limpiar la piel para la correcta fijación de estas.

Para colocar las pegatinas que se unen a los electrodos del electrocardiograma, el TCAE, sugerirá al paciente que se posicione en decúbito supino. Posteriormente, el TCAE colocará los electrodos de derivaciones de la siguiente manera:

-Negro en miembro inferior derecho

- F o verde en miembro inferior izquierdo
- R o rojo en miembro superior izquierdo
- L o amarillo en miembro superior derecho

Tras colocar los electrodos, se deberán colocar los precordiales que son 6. En muchas ocasiones, el TCAE encontrará una imagen de la colocación correcta en el aparato, incluso de estos últimos como deben ser colocados.

En el momento que ya este todo para comenzar la prueba, el TCAE pedirá al paciente que no se mueva, siempre que sea posible, y la máquina comenzará a detectar el ciclo cardíaco y lo guardará.

El TCAE registrará la realización de la técnica.

5 Discusión-Conclusión

El electrocardiograma es un método diagnóstico con un alto porcentaje de fiabilidad y empleado para diversas patologías.

El TCAE se encargará de realizar esta técnica, cuidando especialmente la intimidad y la correcta realización de esta. Por ello, explicará al paciente, limpiará la piel para colocar las pegatinas y después unir las al electrodo y comenzar a registrar el circuito cardíaco.

Es imprescindible que el paciente colabore dado que en la técnica tendrá que evitar moverse, aunque en algunos pacientes como niños o incapacitados podrá ser más difícil la realización de la técnica.

Es importante destacar que, tras la realización de la técnica, el TCAE la registrará e indicará si ha surgido algún inconveniente al realizar el electrocardiograma.

6 Bibliografía

de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2021, January 14). TCAE: colocación, toma y registro de un electrocardiograma. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcae-electrocardiograma/>
Electrocardiograma. (n.d.). Somos TCAE. Retrieved August 28, 2023, from <https://www.somostcae.es/electrocardiograma/>

Capítulo 286

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARITORIO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

1 Introducción

El servicio de paritorio del centro hospitalario es uno de los servicios más gratificantes que existen en el mismo, debido, a su objetivo principal, traer nuevas vidas al mundo. La mujer embarazada es una paciente muy especial, y necesita de un servicio que tenga todas las prestaciones y cuidados que necesita.

El paritorio ofrece a las pacientes embarazadas y no embarazadas una gran variedad de servicios, desde los nacimientos de los bebés, hasta las consultas de urgencia de las gestantes, y de la mujer en general, cuando son afectadas por enfermedades del aparato reproductor femenino, el quirófano de paritorio, donde se realizarán las cesáreas y cualquier otra operación ginecológica que los especialistas crean oportunas.

Todas estas prestaciones del servicio, necesita que el grupo de profesionales que se encuentran en el mismo, tengan una formación muy especializada, de hecho, el servicio se encuentra dentro de la catalogación de “servicio especial”, lo mismo que la unidad de cuidados intensivos, quirófanos o las urgencias.

Estructuralmente, el servicio de paritorio se constituye por el paritorio propiamente dicho, con los paritorios, las salas de dilataciones y los puerperios. Otra de las salas con gran relevancia es la sala de dilatación, donde las inminentes madres son controladas en dos aspectos, su salud y la del feto. Además de estas salas se puede encontrar la consulta de urgencias y el quirofanillo, para las cesáreas.

2 Objetivos

- Conocer la estructura y funcionamiento del servicio de paritorio.
- Describir las funciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realiza en el servicio de paritorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en el paritorio son muy diversas, y dependen, en gran medida, de la sala donde se realiza el trabajo. De este modo, en la sala o consulta de urgencia, el TCAE, prepara el potro de exploración, colocando la sabanilla en cada una de las pacientes atendidas, y colabora con la ginecóloga en la entrega del material que le pida la misma, un espéculo, unas pinzas, etc.

En la sala de dilatación, el TCAE, colabora con la matrona en la colocación de la paciente en la cama, así como, en la colocación de las correas de los monitores, para el control del latido fetal. Cuando la dilatación de la paciente ha llegado al momento del parto, y si el tiempo lo permite, ayuda a la paciente a su aseo, antes del mismo. Si la paciente ha demandado un parto con epidural, prepara la mesa

de mayo con la anestesia referida, colaborando con el anestesista en la colocación de la mujer para una correcta infiltración.

Una vez que la paciente ha pasado al paritorio, el TCAE, retira las sabanas de la cama, así como, sueros y correas, y la deja preparada para la siguiente paciente. En el paritorio ayuda a la matrona al parto de la paciente. Colabora con el celador en la colocación de la mujer en el potro, y atiende a las demandas de la matrona, en cuanto, a la entrega de instrumental preciso para el parto.

Es función del TCAE, la limpieza, aseo y pesaje del bebé, así como la referida de cualquier secreción que quede en el mismo, pasándolo posteriormente a la sala de puerperio para su entrega a la madre y que esta comience la lactancia.

El tiempo, que la mamá junto con el bebé, que permanece en la sala de puerperio, el TCAE, estará en todo momento controlando la evolución y constantes de ambos, de la madre y del bebé, hasta su ingreso en la planta de ginecología.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del TCAE en el paritorio son diversas y variadas, muy específicas en ciertos casos y diferentes a las funciones desarrolladas en las unidades hospitalarias. Por este motivo, el TCAE debe tener una especialización muy concreta para atender a las pacientes embarazadas y sobre todo en la culminación del parto.

Exige del mismo modo que el TCAE que trabaja en paritorio, sea una persona muy empática y amable, puesto que las embarazadas, se quedan solas en ese momento, y debido a su estado, necesitan mucha afecto y comprensión.

Para finalizar la discusión, reivindicar el papel del TCAE en el paritorio, y en otros servicios especiales, que exigen, por parte de la administración, la especialización de estos profesionales en dichos servicios.

6 Bibliografía

1. La labor del auxiliar de enfermería en un parto. Disponible en: <https://www.fpsantagema.es>.
2. El técnico auxiliar de enfermería en la sala del parto. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Actividad de la auxiliar de enfermería en partos. Disponible en: <https://www.vumau.com>.

Capítulo 287

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

1 Introducción

Los ingresos de los pacientes en cualquier centro hospitalario pueden realizarse desde diferentes vías y por diversos motivos. En este trabajo se va a analizar las actuaciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) dependiendo de estas dos variantes. En el centro hospitalario puede darse el caso de los ingresos programados, es decir, aquellos pacientes que acuden a una hora concreta, y una fecha determinada, suelen ser, o bien por la tarde, noche o por la mañana, para la realización de alguna prueba diagnóstica que exija su ingreso o porque tenga pendiente alguna intervención quirúrgica.

Los ingresos por traslado de otros centros son otro de los tipos de ingreso hospitalario, un hospital traslada a sus pacientes a otro hospital porque en el primero

no se encuentran los medios necesarios para la realización de cualquier actividad concreta que precisa el paciente en ese momento.

La última variante de ingreso hospitalario se produce dentro del mismo centro hospitalario, es decir, el paciente es derivado de algunas de las unidades hospitalarias a otras unidades. Entre ellos destacan los ingresos derivados de las urgencias hospitalarias, o, los ingresos entre unidades, por ejemplo, de unidades hospitalarias a unidad de cuidados intensivos (UCI), o al contrario, de UCI, a otras unidades hospitalarias.

En todos los casos, los primeros profesionales sanitarios en atender y observar al paciente, serán las enfermeras y los TCAE, estos últimos con más protagonismo en algunos de los ingresos que se han mencionado.

2 Objetivos

- Describir los tipos de ingreso del paciente que pueden darse en un centro hospitalario.
- Conocer el protocolo de actuación del TCAE según el tipo de ingreso hospitalario realizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El TCAE, dependiendo, del tipo de ingreso que se realiza en su unidad hospitalaria, realiza unas acciones que se van a conocer seguidamente.

Es el celador destinado en la planta, quién a primera hora de la mañana o por la tarde, el encargado de subir a los pacientes que esperan en el servicio de admisión del hospital, portando la hoja de ingreso y cualquier otro documento que le haya sido dado por admisión.

En la planta, el TCAE, indica la habitación al paciente, a quien instruye, así como a los familiares, de todo lo que hay en la misma, el cuarto baño, el armario, la

palangana, la mesilla, etc., proporcionando al paciente el correspondiente pijama, una toalla, una esponja e informando de las normas de la unidad hospitalaria. Una vez ubicado el paciente en su habitación, el TCAE, pasa el aviso a la enfermera encargada del mismo.

En los ingresos intrahospitalarios, el TCAE, junto con el celador, colaboran con los técnicos de la ambulancia, en el traspaso del paciente a su cama, puesto que este ya tiene asignada habitación y cama. Una vez ubicado el paciente en su cama, el TCAE, comprueba, vías, sueros, drenajes y cualquier otro aparataje que el paciente pudiera traer, dando, seguidamente, aviso al personal de enfermería de su llegada.

Cuando los ingresos se realizan desde otras unidades hospitalarias, bien las urgencias del hospital o de otras unidades, el celador, previamente, ya ha ido a buscar al paciente con la cama asignada, y una vez que llega a la planta, el TCAE, comprueba todos los aparatajes que porta el mismo. En estos casos, también observa, en caso de llevar, el pañal, para cambiarlo en caso de que fuese necesario. El TCAE en cualquier tipo de ingreso siempre tendrá en cuenta las medidas de protección y las normas de seguridad implantadas en el centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Como colofón a este trabajo, reseñar, que el TCAE, es uno de los primeros profesionales con el que contacto el paciente ingresado, y de esta impresión, y del protocolo adecuado de actuación con el mismo, dependerá en gran medida la percepción que los pacientes tengan del hospital, de sus dependencias y de sus profesionales, repercutiendo en la buena calidad de su asistencia.

En esta labor del TCAE, destacar la persistencia del mismo en la observación de todos los mecanismos y medios que porte el paciente, puesto que de la misma se deriva la seguridad del paciente y la correcta administración de medicación, sueros o evacuación de fluidos.

6 Bibliografía

1. Figura del TCAE ante un ingreso hospitalario. Disponible en: [https:// revis-tamedica.com](https://revis-tamedica.com).
2. Ingreso hospitalario: tareas del auxiliar de enfermería. Disponible en: <https://www.fp-santagema.es>.
3. Admisión de paciente en unidad de enfermería-protocolo TCAEs. Disponible en: <https://tcae.com.es>.

Capítulo 288

TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DENTRO DE UN HOSPITAL

CRISTINA ARANA OSMA

NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Es un mecanismo mediante el cual se quitan los posibles microorganismos que podemos encontrar en las diferentes superficies, incluyendo todo el material sanitario.

Para asegurarnos de que el material va a ser correctamente esterilizado debemos conocer todos los tipos de microorganismos que podemos encontrarnos en el material y los distintos factores que influyen en la aparición de los distintos tipos de microorganismos y conocer cómo matarlos.

Para bajar la carga microbiana de los distintos materiales se usan una gran variedad de distintos productos que deben ser conocidos por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para una buena limpieza del material.

Es de gran importancia conocer que la asepsia es cuando el material está completamente limpio y sin ningún tipo de microorganismo. También debemos saber que los antisépticos son productos que se utilizan para eliminar los microorganismos, de ahí su nombre, anti que significa que lucha contra y séptico que significa germen.

Hay tres tipos de métodos de esterilización:

- MÉTODOS FÍSICOS. Con los métodos físicos se puede aplicar calor seco, calor húmedo o radiaciones ionizantes.
- MÉTODOS QUÍMICOS. Los materiales más utilizados son óxido de etileno gaseoso o plasma de peróxido de hidrógeno.
- MÉTODOS MECÁNICOS. Este método consiste en pasar fluidos a través de filtros que son microporosos.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia de la esterilización.
- Conocer las diferentes funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Hay tres zona en la esterilización que son las siguientes:

- Zona sucia: en esta zona el técnico en cuidados auxiliares de enfermería recibe el material y es él quien lo tiene que revisarlo, secarlo y clasificarlo.
- Zona limpia: el técnico en cuidados auxiliares de enfermería prepara el material ya limpio y mira si está de manera correcta empaquetado. Se seleccionará el tipo de esterilización según el material.
- Zona estéril: el técnico en cuidados auxiliares de enfermería reciba el material ya esterilizado y por último lo tiene que clasificar y almacenarlo según fecha de caducidad del material.

El autoclave es un aparato que tiene un método físico que a través de el da calor húmedo. El autoclave es el instrumento más utilizado ya que sus costes son menores y presenta ciclos cortos y no tiene toxicidad. Se calienta a trece grados durante un periodo que debe oscilar entre siete y once minutos a una

EL ETO (óxido de etileno) se encuentra dentro de diversos materiales como pueden ser los de goma y en algunos de plástico que se suelen utilizar para la esterilización. Se utiliza a unas temperaturas bajas con un tiempo estimado de 3 a 8 horas. Una de las ventajas de usarlo es que esteriliza material termosensible. Algunas de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son las siguientes:

- ## 5 Discusión-Conclusión

6 Bibliografía

- 1351

//www.google.es/search?q=que+es+la+esterilizaci%C3%B3n+hospital&sca_
esv=561932315&ei=KO_xZMyLC4yKkdUPgYqBwAY&ved=0ahUKEwjMv_
v7yYmBAxUMRaQEHQFFAGgQ4dUDCA8&uact=5&oq=que+es+la+esterilizaci
%C3%B3n+hospital&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiInF1ZSBleCYBsYSBlc3RlcmlsaXphY2nDs2
QYsAPCAgcQABiKBRhDwgIFEAAAYgATiAwQYACBBiAYBkAYI&sclient=gws-
wiz-serp.

Capítulo 289

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POST-ANESTÉSICA (URPA)

ESPERANZA REQUENA ARENAS

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

Esta unidad es a donde se derivan los pacientes cuando salen de una intervención quirúrgica, es una readaptación al medio hospitalario en el que se dan unos cuidados de alta calidad, y donde se les tiene más vigilado después de la intervención en el quirófano para evitar posibles complicaciones postoperatorias. El equipo multidisciplinar estará formado por enfermeros-as, TCAE, celadores y anestesiólogo.

En esta unidad se permanece menos veinticuatro horas y después pasarán a planta si no hay ninguna complicación o a una unidad de cuidados intensivos postquirúrgicos, se informará a la familia de la intervención y no podrá pasar a esta unidad, pero sí se les mantendrá al día de todo el proceso en todo momento.

Habrá un médico de guardia durante las veinticuatro horas o al menos tendrá que estar localizable por si surgiese algún contratiempo con el paciente por la anestesia recibida en el proceso quirúrgico, habrá intervenciones que necesiten una anestesia general, otras raquídeas y algunos otros, local.

Normalmente en este servicio se mantiene al paciente hasta que entra en planta y este se haya repuesto de la anestesia, no todos los pacientes responden del mismo modo a una intervención, es por eso que las primeras horas se les instala en este servicio

2 Objetivos

Destacar la importancia que tienen los TCAE dentro del equipo multidisciplinar médico y hospitalario, donde son una parte fundamental de este al estar en constante contacto con los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los cuidados que aquí se facilitan se destinan a disminuir las posibles complicaciones que puedan surgir en el postoperatorio. En este servicio se permanecerá entre veinticuatro y cuarenta ocho horas como máximo si existiese alguna complicación, siendo el técnico en cuidados de enfermería el que est  más cerca del paciente junto con el equipo de enfermería, prepara al paciente para el quirófano y recoge la documentación como el consentimiento informado y que archiva junto a su historia clínica, identifica y guarda todas sus pertenencias hasta su marcha o traslado la planta de hospitalización.

El TCAE ofrece la cuña, cambia las sabanas, para recibir al siguiente paciente, est  pendiente de los monitores y de las constantes vitales, informando en todo momento de cualquier anomalía observada en este, si todo va bien, el paciente

pasará rápidamente a planta y allí seguirá su periodo de recuperación hasta el momento del alta

Aquí el auxiliar prepara al paciente para el quirófano, rasurando si es necesario, tomará constantes vitales, registra la diuresis, deposiciones, está pendiente de la oxigenoterapia, vigila la ingesta después de la intervención, vigila drenajes y sondas anotando las cantidades en los registros de enfermería, organiza el box que le corresponda reponiendo el material necesario, repondrá el material del almacén, cambia las botellas de agua de los oxígenos, revisa caducidades de la medicación. Cuando el paciente se haya recuperado de la anestesia será trasladado a planta si requiere hospitalización o será dado de alta y este se marchará a casa si ha sido una intervención ambulatoria. Avisa al celador con el que trabaja estrechamente en los cambios o transferencias a realizar, para el acompañamiento a su habitación y limpia y prepara el box para recibir al siguiente paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, vemos que el técnico en cuidados de enfermería es parte fundamental del equipo de enfermería, estando en constante contacto tanto con el paciente como con el equipo que se encuentra en la Unidad de reanimación. Este debe tener paciencia, ser empático, tener templanza y no mostrar nerviosismo, tener habilidades sociales es importante para esta profesión en la que constantemente se está tratando con pacientes y familiares que suelen estar alterados y asustados. Como vemos, el TCAE tiene una labor de gran importancia en este servicio, siempre cerca del paciente y pendiente de todos los cambios que se produzcan en su recuperación.

6 Bibliografía

Indeed, funciones del tcae
RSI, Revista sanitaria y de Investigación
Unir, universidad de Internet
Hospital Universitario de Albacete
Sescam

Capítulo 290

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO

ESPERANZA REQUENA ARENAS

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

Un quirófano es el espacio donde se practican intervenciones quirúrgicas, eso es algo que todo el mundo conoce, lo que algunas personas no saben es la importancia del personal sanitario y no sanitario que trabaja en él, desde el equipo médico hasta el personal de limpieza es parte imprescindible de este. En esta unidad se realizan todo tipo de intervenciones tanto complejas como intervenciones ambulatorias, pero de igual importancia.

El quirófano es una de las partes más importantes del hospital y su equipo debe tener una preparación específica para el buen funcionamiento de este. Estar aislado para evitar infecciones y evitar consecuencias para el paciente, se divide en diferentes zonas negra, gris, blanca. Aquí trabajan principalmente el anestesiólogo, enfermero de quirófano y técnicos instrumentistas.

Se podrán realizar tanto intervenciones de urgencia como programadas, ambulatorias, cesáreas y otras pruebas invasivas como endoscopias, etc.

Está sometido a diferentes protocolos y normativas tanto europeas como nacionales, e internacionales, siempre trabajando en las máximas condiciones de limpieza, desinfección para así evitar las temibles infecciones cruzadas, uno de cada veinte pacientes desarrolla alguna infección, por lo que será de suma importancia que todo esté limpio, y que el material que se utilice este correctamente esterilizado.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del Técnico en Cuidados de Enfermería en el servicio de Quirófano, siendo este una parte importante del equipo interdisciplinar que trabaja en este servicio

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería colaborará desde la recepción del paciente, proporcionándole una buena acogida y le dará al paciente cuidados de una excelente calidad, para tranquilizarlo guardará todas sus pertenencias hasta el momento de pasar a planta, rasurará si es necesario, proporcionará el atuendo quirúrgico al paciente. El TCAE colabora con el celador en colocar correctamente al paciente en la mesa quirúrgica, ayuda a vestirse con las batas de quirófano al equipo médico, colocará las protecciones si se va a utilizar bisturí eléctrico y si se van a hacer radiografías. Proveerá de todo el material necesario para la intervención, cerciorándose de que esté correctamente esterilizado. Prepara las prótesis que se vayan a poner. Comprobará que tanto los monitores, como las bombas de perfusión, funcionen correctamente. Cambia los sistemas de aspiración.

Al terminar la intervención limpiará todo el material utilizado y lo mandará a la sala de esterilización para volver a utilizarlo en otra intervención, procura que todo esté en perfecto orden y notificará cualquier incidencia que observe al equipo de enfermería. Colabora en la vestimenta tanto del personal médico como de enfermería. Mantendrá toda la aparatología al alcance, para que sea utilizada cuando sea preciso. Al término de la intervención recogerá el quirófano, tirará el material desechable, cambiará los sistemas de aspiración y oxígeno. Estas funciones son exclusivas del TCAE por lo que debe conocer perfectamente el funcionamiento de un quirófano. La coordinación del equipo es estrictamente necesaria para una intervención, sea cual sea esta, todo el personal de quirófano tiene que saber cuáles son sus funciones y su puesto en él. Si la intervención fuese extremadamente larga, se preparan dos equipos diferentes para que se puedan turnar y así evitar cualquier error humano.

5 Discusión-Conclusión

Nos damos cuenta de que tan importante es el equipo médico, como lo es el TCAE, este realiza su trabajo en coordinación con enfermería y bajo su supervisión. Es una parte importante del equipo multidisciplinar que trabaja en quirófano, y desde luego su preparación debe ser la idónea y específica para trabajar en este servicio, ya que se maneja equipamiento específico y complejo de manejar para que el que tiene que tener una formación específica, estar en constante aprendizaje, puesto que en una intervención pueden surgir infinidad de problemas a los que hay que darles una rápida respuesta. El TCAE debe tener conocimientos tanto del equipamiento a utilizar como de las técnicas que se van a realizar para siempre adelantarse a posibles contratiempos.

6 Bibliografía

DAE Formación
Cruz Roja España
Universidad de Córdoba
SESCAM
Hospital Gregorio Marañón de Madrid

Capítulo 291

EL PACIENTE CON AMIGDALITIS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

1 Introducción

La amigdalitis es una afección médica que se caracteriza por la inflamación y la irritación de las amígdalas, dos masas de tejido ubicadas en la parte posterior de la garganta, una a cada lado. Estas estructuras, que forman parte del sistema linfático y el sistema inmunológico, desempeñan un papel importante en la defensa del cuerpo contra las infecciones al atrapar bacterias y virus que ingresan a través de la boca y la nariz.

La amigdalitis puede ser causada por diferentes agentes infecciosos, siendo los virus y las bacterias las causas más comunes. Los síntomas típicos incluyen dolor de garganta, dificultad para tragar, inflamación de las amígdalas, fiebre, dolor de

cabeza y malestar general. En algunos casos, pueden aparecer manchas blancas o amarillas en las amígdalas.

La amigdalitis viral suele resolverse por sí sola con reposo y cuidados generales, mientras que la amigdalitis bacteriana, a menudo causada por el *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A), puede requerir tratamiento con antibióticos. En casos graves o recurrentes de amigdalitis, se puede considerar la extirpación quirúrgica de las amígdalas, un procedimiento conocido como amigdalectomía.

La prevención de la amigdalitis implica practicar una buena higiene bucal y evitar el contacto cercano con personas infectadas. Los pacientes con amigdalitis deben seguir las indicaciones médicas, como completar los tratamientos con antibióticos y descansar adecuadamente. En general, la amigdalitis es una afección común, especialmente en niños, pero con el tratamiento adecuado y el cuidado apropiado, la mayoría de los casos se resuelven sin complicaciones graves.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende es el de mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel crucial en el cuidado y el apoyo a pacientes que padecen amigdalitis. Aquí se describen algunas de las funciones clave que desempeña en esta situación:

Monitorización de signos vitales: El técnico debe tomar y registrar los signos vitales del paciente, como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Esto ayuda a evaluar la gravedad de la amigdalitis y a detectar cualquier cambio en la condición del paciente.

Ayuda en la administración de medicamentos: Bajo la supervisión de un enfermero o médico, el técnico puede ayudar en la administración de medicamentos recetados, como antibióticos, antiinflamatorios o analgésicos, siguiendo las pautas y las dosis indicadas.

Higiene y confort: Proporcionar cuidados de higiene bucal y garganta es esencial. El técnico puede ayudar al paciente a mantener una buena higiene oral, proporcionar gargantas con soluciones tibias de sal o realizar enjuagues bucales según las indicaciones médicas.

Apoyo en la alimentación: Colabora en la preparación y el suministro de alimentos suaves y fáciles de tragar, teniendo en cuenta las restricciones dietéticas si las hubiera. Asegura que el paciente se mantenga bien hidratado.

Educación al paciente: Explica al paciente y a sus familiares las medidas de prevención, el manejo de los síntomas y la importancia de completar el tratamiento con antibióticos si es necesario. La educación es fundamental para una recuperación efectiva.

Comunicación con el equipo de atención: El técnico debe mantener una comunicación constante con el personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud, informando sobre cualquier cambio en la condición del paciente o cualquier necesidad no cubierta.

Apoyo emocional: La amigdalitis puede ser dolorosa y molesta, y el paciente puede sentirse incómodo. Brindar apoyo emocional, mostrando empatía y comprensión, puede hacer que el paciente se sienta más cómodo y seguro.

Control de infecciones: Cumplir con las medidas de control de infecciones es esencial para prevenir la propagación de la amigdalitis. Esto incluye la higiene de manos rigurosa y el uso adecuado de equipo de protección personal.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel vital en el cuidado de pacientes con amigdalitis, proporcionando una atención integral que abarca desde la monitorización de signos vitales hasta la administración de medicamentos, la educación al paciente y el apoyo emocional. Colaborar estrechamente con el equipo de salud es esencial para asegurar una atención efectiva y una recuperación exitosa del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar una atención de calidad al paciente con amigdalitis ingresado, es esencial seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, mantén una comunicación cercana con el paciente, escuchando sus preocupaciones y necesidades,

y brindando información clara sobre su tratamiento y cuidado. Un paciente informado se siente más seguro y colaborativo en su recuperación.

En segundo lugar, presta atención a la higiene y el confort del paciente. Asegúrate de que mantenga una buena higiene bucal y garganta, proporcionando cuidados con soluciones tibias de sal o enjuagues según las indicaciones. Además, ayuda al paciente a mantenerse bien hidratado y a ingerir alimentos suaves y fáciles de tragar.

Finalmente, sé un apoyo emocional. La amigdalitis puede ser dolorosa y molesta, y el paciente puede sentirse vulnerable. Tu empatía y comprensión pueden marcar una gran diferencia en su bienestar emocional durante su estancia en el hospital.

Una atención de calidad para el paciente con amigdalitis se basa en la comunicación efectiva, la atención a la higiene y el confort, y el apoyo emocional. Estas recomendaciones contribuirán a la recuperación satisfactoria y al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

Cervilla, A. R., Purriños, F. G., & Moya, J. C. (2002). Faringitis crónica y macrólidos. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 53(6), 441-443.

Capítulo 292

EL PACIENTE CON RINOSINUSITIS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

1 Introducción

La rinosinusitis, a veces llamada simplemente sinusitis, es una afección médica que implica la inflamación de los senos paranasales y la mucosa nasal. Los senos paranasales son cavidades llenas de aire ubicadas en los huesos del cráneo que se conectan con la nariz a través de pequeños conductos. Su función principal es humidificar y calentar el aire inhalado y proporcionar una estructura ósea que contribuye a la resonancia de la voz.

La rinosinusitis puede ser aguda o crónica y generalmente se desencadena por una infección viral o bacteriana, aunque también puede ser causada por alergias, irritantes ambientales o problemas anatómicos nasales. Los síntomas comunes

incluyen congestión nasal, secreción nasal, dolor facial o de cabeza, pérdida del sentido del olfato y tos.

El diagnóstico de la rinosinusitis se basa en la evaluación clínica y, a veces, en estudios de imagen como la tomografía computarizada. El tratamiento puede incluir medidas para aliviar los síntomas, como descongestionantes y analgésicos, así como antibióticos si se sospecha una infección bacteriana.

La rinosinusitis es una inflamación de los senos paranasales y la mucosa nasal que puede ser causada por infecciones, alergias u otros factores. Sus síntomas pueden variar en gravedad y duración, y su manejo depende de la causa subyacente. Un diagnóstico y tratamiento adecuados son fundamentales para aliviar los síntomas y prevenir complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende es el de mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en el cuidado y apoyo del paciente con rinosinusitis. Aquí se describen algunas de las funciones clave que cumple en esta situación:

Monitorización de signos vitales: El técnico debe tomar y registrar los signos vitales del paciente, como la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Esto ayuda a evaluar la gravedad de la rinosinusitis y a detectar cualquier cambio en la condición del paciente.

Asistencia en la administración de medicamentos: Bajo la supervisión de un enfermero o médico, el técnico puede ayudar en la administración de medicamentos recetados, como descongestionantes, analgésicos o antibióticos, según las indicaciones médicas.

Higiene y confort: Proporcionar cuidados de higiene nasal es esencial. Esto incluye la asistencia en la limpieza de la nariz, eliminando secreciones y aplicando soluciones salinas o descongestionantes nasales según las indicaciones médicas. Además, asegurar que el paciente esté cómodo y bien posicionado en la cama.

Alimentación e hidratación: Colaborar en la preparación y el suministro de alimentos que sean fáciles de tragar y que no agraven los síntomas de la rinosinusitis. Asegurarse de que el paciente se mantenga bien hidratado es crucial para su recuperación.

Apoyo emocional: La rinosinusitis puede ser incómoda y molesta. Brindar apoyo emocional al paciente, mostrando empatía y comprensión, puede ayudar a aliviar la ansiedad y el malestar que puede experimentar durante la enfermedad.

Control de infecciones: Cumplir con las medidas de control de infecciones es fundamental para prevenir la propagación de la rinosinusitis y garantizar la seguridad del paciente y del personal de salud. Esto incluye la higiene de manos rigurosa y el uso adecuado de equipo de protección personal.

Educación al paciente: Proporcionar al paciente y a sus familiares información sobre la rinosinusitis, su tratamiento y las medidas de prevención es esencial. Ayudar al paciente a comprender su condición puede aumentar la cooperación y la adherencia al tratamiento.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un rol fundamental en el cuidado del paciente con rinosinusitis, proporcionando atención integral que abarca desde la monitorización de signos vitales hasta la administración de medicamentos, la higiene nasal, el apoyo emocional y la educación al paciente. Colaborar estrechamente con el equipo de salud es esencial para asegurar una atención efectiva y una recuperación satisfactoria del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para proporcionar un buen tratamiento al paciente con rinosinusitis, es esencial que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería siga estas recomendaciones:

En primer lugar, asegurarse de brindar un cuidado de higiene nasal meticuloso. Limpiar suavemente las secreciones nasales y aplicar soluciones salinas o descongestionantes según las indicaciones médicas. Esto aliviará la congestión y molestias.

En segundo lugar, fomentar una hidratación adecuada. Ofrecer líquidos regularmente para mantener al paciente bien hidratado, ya que la hidratación adecuada puede ayudar a aflojar las secreciones y aliviar la irritación.

Además, recordar ser un apoyo emocional. La rinosinusitis puede ser incómoda y frustrante. Escuchar las preocupaciones del paciente con empatía y ofrecerle palabras de aliento. Esto contribuirá a su bienestar emocional durante su recuperación.

Por último, seguir las pautas de control de infecciones y seguridad para prevenir la propagación de la rinosinusitis. Practicar una higiene de manos rigurosa y usar el equipo de protección personal adecuado para protegerte a ti y al paciente.

Proporcionar un buen tratamiento a pacientes con rinosinusitis implica cuidados de higiene nasal, hidratación adecuada, apoyo emocional y cumplimiento estricto de las medidas de control de infecciones. Estas recomendaciones ayudarán a aliviar los síntomas y promoverán una recuperación efectiva.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 293

EL PACIENTE CON RINITIS GRAVE Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

1 Introducción

La rinitis grave es una afección crónica y debilitante de las vías respiratorias superiores que afecta la mucosa nasal. Se caracteriza por síntomas persistentes y graves que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. Estos síntomas incluyen congestión nasal persistente, secreción nasal excesiva, estornudos frecuentes, picazón en la nariz y pérdida del olfato.

Esta condición se diferencia de la rinitis alérgica común por la intensidad y duración de los síntomas. Mientras que en la rinitis alérgica los síntomas son episódicos y generalmente están relacionados con alérgenos como el polen o los

ácaros del polvo, en la rinitis grave, los síntomas son crónicos y pueden estar presentes durante la mayor parte del año.

Las causas exactas de la rinitis grave pueden variar, pero a menudo están relacionadas con una respuesta inflamatoria exagerada en la mucosa nasal. Los desencadenantes pueden incluir alérgenos, irritantes ambientales, infecciones y factores genéticos.

El diagnóstico de la rinitis grave se basa en una evaluación clínica que incluye la historia clínica del paciente, la evaluación de los síntomas y, en algunos casos, pruebas específicas como la rinoscopia o pruebas alérgicas.

El tratamiento de la rinitis grave implica el uso de medicamentos, como corticosteroides nasales, antihistamínicos y descongestionantes, con el fin de reducir la inflamación y aliviar los síntomas. En casos graves o resistentes al tratamiento, la inmunoterapia alérgica puede ser una opción.

La rinitis grave es una afección crónica caracterizada por síntomas nasales graves y persistentes que pueden afectar la calidad de vida del paciente. Se diferencia de la rinitis alérgica común por la intensidad y duración de los síntomas. El tratamiento se centra en aliviar los síntomas y puede requerir medicamentos específicos y, en casos selectos, inmunoterapia alérgica.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende es el de mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y apoyo del paciente que padece rinitis grave. A continuación, se describen diversas funciones esenciales que debe llevar a cabo:

- Monitorización de síntomas: El técnico debe estar atento a los síntomas del paciente, como la congestión nasal, la secreción nasal y la picazón en la nariz. Registrar la frecuencia y la intensidad de estos síntomas es importante para evaluar la efectividad del tratamiento y comunicar esta información al personal de enfermería o al médico.
- Administración de medicamentos: Bajo la supervisión de un enfermero o médico, el técnico puede ayudar en la administración de medicamentos prescritos. Esto puede incluir la entrega de corticosteroides nasales, antihistamínicos u otros medicamentos destinados a aliviar los síntomas de la rinitis grave.
- Educación al paciente: Proporcionar información al paciente sobre su afección y el uso adecuado de los medicamentos es esencial. El técnico puede explicar cómo usar el inhalador nasal, cómo evitar los desencadenantes conocidos y cómo llevar un registro de los síntomas para un mejor manejo.
- Higiene nasal: Asistir al paciente en la higiene nasal es crucial. Esto puede implicar la limpieza suave de las secreciones nasales y la aplicación de soluciones salinas según las indicaciones médicas para mantener las fosas nasales limpias y reducir la congestión.
- Confort del paciente: Asegurarse de que el paciente esté cómodo es importante para su bienestar. Proporcionar un ambiente limpio y tranquilo, así como asegurar que el paciente pueda descansar adecuadamente, contribuye a su recuperación.
- Control de infecciones: Cumplir con las medidas de control de infecciones es esencial para prevenir la propagación de la rinitis y garantizar la seguridad del paciente y del personal de salud. Esto incluye la higiene de manos rigurosa y el uso adecuado de equipo de protección personal.
- Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el paciente es crucial. Escuchar sus preocupaciones y necesidades, y proporcionar apoyo emocional, puede ayudar a reducir la ansiedad relacionada con los síntomas de la rinitis grave.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un rol esencial en el cuidado del paciente con rinitis grave. Sus funciones incluyen la monitorización de síntomas, la administración de medicamentos, la educación al paciente, la higiene nasal, el confort del paciente, el control de infecciones y una comunicación efectiva. Trabajar en equipo con el personal de salud es fundamental para asegurar una atención integral y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Para proporcionar un cuidado eficaz al paciente ingresado por rinitis, es fundamental seguir algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, asegúrese de estar bien informado sobre la condición del paciente y su plan de tratamiento. Colabore estrechamente con el personal de enfermería y el médico para garantizar que se sigan las indicaciones médicas, incluida la administración adecuada de medicamentos.

En segundo lugar, proporcione un entorno limpio y cómodo para el paciente. Mantenga la habitación bien ventilada y libre de alérgenos conocidos. La higiene de manos y el uso de equipo de protección personal son esenciales para prevenir la propagación de infecciones y garantizar la seguridad del paciente.

Además, ofrezca apoyo emocional al paciente. La rinitis puede ser incómoda y afectar la calidad de vida. Escuche sus preocupaciones, brinde palabras de aliento y demuestre empatía para ayudar a aliviar su ansiedad.

Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería, su papel es crucial en el cuidado del paciente ingresado por rinitis. Esté bien informado, proporcione un entorno limpio y cómodo, y brinde apoyo emocional. Trabajar en estrecha colaboración con el equipo de salud garantizará una atención integral y una recuperación más rápida del paciente.

6 Bibliografía

del Río-Navarro, B. E., Ito-Tsuchiya, F. M., & Zepeda-Ortega, B. (2009). Rinitis, sinusitis y alergia. *Revista Alergia México*, 56(6), 204-16.

Capítulo 294

ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA

ESPERANZA REQUENA ARENAS

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

La oncología es una especialidad médica, que se dedica al estudio del cáncer, enfermedad en la que algunas células anormales que pueden destruir el tejido. En el medio hospitalario es cada vez más frecuente este tipo de patología, por lo que es cada vez más necesario que los profesionales médicos, de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) junto con personal de apoyo psicológico se formen de manera específica en esta rama, ya que es necesario tanto el apoyo médico como psicológico en este proceso de enfermedad.

El tratamiento en el cáncer necesita de una gran cantidad de profesionales médicos, desde el médico de atención primaria, que será el que le ordene diferentes pruebas, hasta oncólogos, cirujanos, fisioterapeutas, y hasta trabajadores sociales para el proceso de recuperación domiciliaria en la que necesitara ayuda por

parte tanto de familiares como de estos profesionales, pasando por psicólogos que intentaran hacer que este proceso de enfermedad y recuperación sea menos traumático.

Los pacientes oncológicos siempre esperan el mejor resultado en su recuperación, pero no siempre el resultado es el que espera el paciente ni sus familias.

Los tratamientos suelen ser agresivos y a veces dolorosos y tanto el paciente como la familia deben prepararse para cualquiera que sea el desenlace.

2 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente relacionada con esta enfermedad y sus tratamientos.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave utilizadas fueron: cáncer, radioterapia, quimioterapia, oncología, TCAE, hospital de día, etc.

Así mismo se recopiló información del Instituto Nacional del Cáncer y en revistas de investigación sobre el cáncer.

3 Resultados

El auxiliar de enfermería ofrecerá un servicio integral a las personas afectadas por este tipo de patología, que es una lacra en la actualidad, satisfaciendo las necesidades de las personas que sufran esta enfermedad, brindándoles apoyo físico y psicológico que precisen durante el proceso oncológico. Este será un trabajo en equipo tanto con médicos, oncólogos, enfermería, etc.

Entre sus funciones:

- Facilitará la comunicación del paciente y la familia con su médico.
- Siempre mantendrá el secreto profesional por encima de todo.
- Hará de su estancia hospitalaria un entorno seguro.
- Fomentará su autoestima, diálogo, siempre pendiente de cualquier requerimiento por parte del paciente.
- Controlará las constantes vitales.
- Intentará que el paciente esté lo más cómodo posible en su habitación.
- Realizará el aseo del paciente si fuese necesario, siempre mantenido su intimidad.

- Llevará a cabo los cambios posturales para evitar las úlceras por presión.

En definitiva, se intentará hacer más llevadero ese proceso delicado y angustioso para el paciente y la familia. Siempre pendiente del paciente después de los tratamientos agresivos con quimio, o proporcionando los mejores cuidados paliativos si fuesen necesarios.

En la actualidad los tratamientos pueden ser también ambulatorios en el hospital de día, en que trabajan oncólogos, enfermera y auxiliares de enfermería.

En la actualidad, España cuenta con un gran número de profesionales especializados en el cáncer y en su tratamiento que trabajan estrechamente junto a otros especialistas para una mayor coordinación de este servicio y así poder ofrecer los mejores tratamientos.

Los TCAE podremos dar las pautas necesarias para un mejor cuidado en casa cuando el paciente se marche a esta, como por ejemplo: enseñar a los familiares como realizarle los cambios posturales si fuesen necesario, a dar una alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía, a cómo cambiar las bolsas de diuresis o las colostomías, etc.

4 Discusión-Conclusión

Como parte fundamental del equipo de oncología, el TCAE, prepara las historias clínicas del paciente, prepara las consultas de los doctores, atiende todas las llamadas por parte del paciente para poder brindarle el máximo apoyo, tanto a él como a su familia.

Es importante resaltar que el paciente oncológico está inmunodeprimido, por lo que se deberá tener unas especiales precauciones para que no padezca ningún tipo de infecciones, ya que sus defensas por los procesos de quimio están bajas. Es muy importante que los profesionales tengan una buena formación en este ámbito, puesto que es la mejor forma de poder hacer frente a este tipo de patología tan invasiva y con diferente pronóstico.

5 Bibliografía

1. Hospital de día oncología CHUA.
2. E-oncologico.
3. Atención al paciente oncológico. Hospital Sant Joan.
4. Clínica Universitaria de Navarra.

Capítulo 295

EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

IRENE RAMIREZ MARTIN

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

CARMEN CID PARRO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

LOURDES FERRERA CAMACHO

1 Introducción

Cuando se empezaron a realizar las primeras intervenciones en quirófano era habitual preparar todo el material en hervideros donde no había control de temperatura ni tiempo, es decir, las agujas e instrumental quirúrgico utilizado no se sometían a ningún proceso de desinfección riguroso y de calidad que garantizara la esterilidad. Habitualmente el material empleado se almacenaba en bombonas metálicas y se utilizan lo que hoy conocemos como autoclaves gravitatorias (no disponían de la fase de extracción de aire, proceso por el cual se eliminan muchas bacterias). Además, el personal que manejaba esta máquina, rara vez poseían los conocimientos necesarios para funcionar la máquina (1).

Luis Pasteur a mediados del siglo XIX realizó un estudio evidenciando la elevada mortalidad asociada a la falta de higienización del material, así como del personal sanitario. De hecho, el personal sanitario que realizaba numerosos procedimientos como curas, intervenciones, autopsias, partos... para lavarse solamente utilizaban agua, de tal manera que las infecciones se propagaban de unos a otros, elevando así la mortalidad. Es por ello que una vez descubierto este estudio se comienza con el conocido lavado de las manos con productos químicos que aseguren la desinfección y el instrumental hervirlo a altas temperaturas para así destruir los microorganismos existentes en ellos (2).

2 Objetivos

Como objetivo general de este trabajo:

- Dar a conocer las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de esterilización.

Objetivo secundario:

- Analizar los diferentes métodos de esterilización existentes.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica en la que se ha buscado información acerca de la esterilización y su evolución, así como el papel del TCAE y su función que actualmente realiza en estos servicios. Para ello se han realizado la búsqueda en diferentes bases de datos como puede ser Medline y Dialnet.

4 Resultados

Los pacientes que requieren un ingreso hospitalario normalmente son sometidos a procedimientos invasivos, que pueden ir desde una punción venosa para la canalización de una vía periférica hasta una intervención quirúrgica general. Es aquí donde entra el factor predisponente de la desinfección o esterilización de todo el material utilizado y empleado para conseguir un objetivo terapéutico (1). Los servicios de esterilización son aquellos lugares en el hospital que se encargan de recibir, acondicionar, reposar, controlar y distribuir el material médico a todos los sectores con la combinación de material necesario (3).

Es aquí donde entra fundamentalmente el papel del TCAE en este servicio, puesto que en su mayoría se encargan de todo el material.

Los trabajos de la TCAE en el servicio de esterilización quedan resumidos en tres palabras: limpieza, desinfección y esterilización.

La limpieza consiste en desarrollar protocolos que conlleven acciones metódicas y programadas para eliminar los restos de materia orgánica e inorgánica. Después de esto llega el paso de la desinfección que procede a destruir todos los microorganismos patógenos existentes. Por último, el paso de la esterilización, la cual es una técnica de saneamiento que conlleva la eliminación de toda vida sobre el material tanto patógeno como no patógeno, incluido sus formas esporuladas (4).

En el artículo 76 del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo define las funciones a desarrollar por los TCAE, estas son:

- Cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, toallas, etc.
- Ayudar al personal Sanitario Titulado en la preparación del material para su esterilización.
- Recogida y limpieza del instrumental en intervenciones quirúrgicas
- Todas actividades cuya función, sin tener carácter profesional sanitario, faciliten las funciones del médico y de la enfermera.

Existen diferentes métodos de esterilización, a continuación, se explican los métodos más utilizados (4):

- Autoclave: aparato que por medio físico de calor húmedo (vapor).
- Óxido de Etileno: el gas que permite penetrar en los materiales de goma y plástico.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este trabajo se destaca el papel que desarrolla el TCAE en el Servicio de Esterilización.

Con una mayor búsqueda de información relacionada con este tema se ayuda a contribuir a la visibilización del papel de la TCAE y su puesta en escenario cuando realiza tareas y funciones dentro de estos servicios, como en este caso es el de esterilización y por ende, entra a formar parte dentro del equipo multidisciplinar que se encuentra en los hospitales.

6 Bibliografía

1. Silvestre C, Fagoaga L, Garciandía MJ, Lanzeta I, Mateo MC, Zapata MC. Esterilización. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2000;95-103.

2. Gonzales Laurente RM. Conocimiento del sistema de gestión de seguridad y salud y riesgo laboral del personal de enfermería de las centrales de esterilización de los Hospitales II De Chanchamayo. Knowledge of the health and safety management system and occupational risk of the nursing staff of the sterilization centers of Hospitals II De Chanchamayo [Internet]. 27 de marzo de 2022 [citado 6 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6371>
3. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia: Central de esterilización: distribución del costo/gasto para generar una unidad de negocio sostenible [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/32375>
4. López Allué GM, Martínez Modrego B, Cea Berne A, Pulido Cárdenas A, Hernández Pulido C, Frej Navarro S. Unidad central de esterilización y funciones del TCAE. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2023;4(5):211.

Capítulo 296

EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

IRENE RAMIREZ MARTIN

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

CARMEN CID PARRO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

LOURDES FERRERA CAMACHO

1 Introducción

Un bebé se considera neonato las primeras cuatro semanas de vida.

Tras el parto se realiza una exploración al recién nacido (RN), donde abarca una anamnesis completa de los antecedentes familiares, obstétricos y perinatales, factores que puedan condicionar la salud del recién nacido. Cada recién nacido tiene que ser explorado en las primeras 12-24h de vida y de alta a las 48 si no hay ninguna complicación (1)

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como ayudante en lo que precise la matrona tiene que tener unos conocimientos básicos sobre los signos vitales del recién nacido para avisar de cualquier problema a la matrona. En los

signos vitales se evalúa el estado general, la actitud, la postura, el reposo y el patrón respiratorio. Los rasgos fisiológicos son: frecuencia cardíaca entre 120-160 lpm, frecuencia respiratoria 40-60 rpm y temperatura axilar 36.5-37°C. La piel del recién nacido será de color rosado y la ictericia aparecerá cuando las cifras de bilirrubina sean >5 mg/dl (2)

Uno de los primeros cuidados que se pueden dar al recién nacido si no hay ninguna complicación es poner al bebé piel con piel con su madre, o en su defecto, si esto no es posible, será con el padre. Con el Test de Apgar indicará la necesidad de iniciar alguna maniobra de reanimación si fuera necesario.

2 Objetivos

- Describir los cuidados del recién nacido pretérmino.
- Exponer el papel del TCAE en los servicios de Neonatología.

3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las bases de datos científicos como PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una búsqueda con las siguientes palabras clave en los términos DESH: neonato, pediatría y cuidados a recién nacido.

4 Resultados

Si el recién nacido (RN) presenta algún problema tras su nacimiento, deberá quedarse ingresado en la unidad de Neonatología del hospital. El servicio de neonatología se realizan cuidados al recién nacido, y abarca el momento del parto, atención en maternidad a la madre y neonato sano.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) dependen del estado y el diagnóstico que tenga el RN tras ingresar en esta unidad. Si, por una parte, el neonato es un bebé sano, los cuidados serán básicos y complementarios, como, por ejemplo: alimentación, aseo, cambios posturales, anotar pérdidas y balance hídrico, etc. (4)

La TCAE ayudará a la ligadura del cordón umbilical, se recomienda retrasar el pinzamiento del cordón umbilical más de 30 segundos (ILCOR, Internacional Liaison Committee on Resuscitation) o al menos un minuto (ERC, European Resuscitation Council) (3)

Los cuidados que suelen necesitar los RN que ingresan en esta unidad son el control de la incubadora y su mantenimiento, limpieza, puesta de oxígeno y aspiración, así como reponer el material necesario.

Si el RN ingresa por motivos de bajo peso, precisará la incubadora.

Otros, si presentan ictericia deberán someterse a la fototerapia, que se basa en radiación ultravioleta para tratar la hiperbilirrubinemia, estos aparatos y máquinas, la TCAE tendrá que tener todo limpio y avisar de algún desperfecto en el material.

Otras de las funciones importantes de la TCAE es mantener los biberones y las tetinas en condiciones de esterilidad, para la limpieza deberá hacerse después de la toma, de una manera meticulosa con agua y jabón y eliminar cualquier resto de leche. Tras esto se tendrá que hervir durante unos minutos o esterilizar en vapor, para garantizar su esterilidad (2)

5 Discusión-Conclusión

En el Servicio de Neonatología es necesario poseer una serie de conocimientos precisos para el cuidado de estos pacientes, ya que se trata de una atención más específica y precisa con el fin de que la estancia en estos servicios sea lo más corta y de calidad posible.

Como conclusión de este trabajo cabe destacar la función de la TCAE en las unidades de neonatología, puesto que son las responsables de mantener las condiciones de limpieza y esterilidad en todas las máquinas que precisan los neonatos, ayudar con la alimentación y todas las acciones encaminadas a favorecer el bienestar familiar.

6 Bibliografía

1. Ibañez Tejedor RM, Ortega Altamirano AM, Domingo Remón A, Garcia Asendio E, Alcázar Martínez D, Márquez Ocaña C. Técnicos en cuidados auxiliar de enfermería, en la unidad de neonatología. Revista Sanitaria de Investigación. 2023; 4(5):79.
2. Ferrer Gonzalo S, Gil Ortega R, Erro Gómez M, Leante Zorro N, Gómez Sevillano S, Gallardo R. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de neonatología. Revista Sanitaria de Investigación. 2022; 3(10):56.
3. TCAE [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Protocolos de auxiliar de enfermería más utilizados por el TCAE - 2021. Disponible en: <https://tcae.com.es/protocolos-de-auxiliar-de-enfermeria/>

4. Coaquira Mamani VD. Factores de riesgos maternos asociados a partos prematuros en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2022. Maternal risk factors associated with preterm delivery in pregnant women at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca, 2022 [Internet]. 6 de junio de 2023 [citado 6 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1667>

Capítulo 297

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

IRENE RAMIREZ MARTIN

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

CARMEN CID PARRO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

LOURDES FERRERA CAMACHO

1 Introducción

El quirófano es por definición, según la RAE, el espacio “convenientemente acondicionado para hacer operaciones quirúrgicas de manera que puedan presenciarse al través de una separación de cristal, y por exterior cualquier sala donde se efectúan estas operaciones” (1)

Las intervenciones denominadas como cirugía mayor son aquellos en los que se tiene que utilizar anestesia general o regional y tras la operación el paciente sigue en un control y observación para asegurarse de que no ha habido ninguna complicación y que la intervención ha ido todo correctamente (2).

Unas de las cosas imprescindibles para que la operación salga correctamente es que todo el material esté completo, para ello el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tendrá una responsabilidad importante en este campo, con

el objetivo de que todo esté listo. Además de otra parte, como es la de contaje en quirófano, que para ello es necesario crear métodos que sean fáciles y de uso práctico con el fin de evitar el olvido de cuerpos extraños en la cavidad durante la cirugía o intervención.

Aunque la incidencia de que objetos textiles queden alojados dentro de la cavidad es baja, se estima que 1/8000-18000 intervenciones quirúrgicas y 1/500 laparatomías, en definitiva, se trata de una situación totalmente evitable.

2 Objetivos

- Dar a conocer la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del área quirúrgica.
- Describir las condiciones en las que debe permanecer el quirófano.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica en la que se ha buscado información acerca del área quirúrgica y la importancia de la función de la TCAE en él. Para ello se ha realizado una búsqueda en las bases de datos como son Medline o PubMed, entre otros.

Las palabras claves que se han utilizado están dentro de los DeSh, las cuales son: quirófano, intervención, técnico auxiliar de enfermería.

4 Resultados

Sobre el TCAE recaen diferentes funciones:

- La reposición.

En la reposición hay numerosas actividades empezando por el material fungible, que es el material que se coloca dentro de los carros del quirófano, almacenes, carro de anestesia, etc.

El TCAE tendrá como responsabilidad y función conocer y ordenar donde va todo el material fungible que es necesario para las intervenciones, y qué tipo de material se utilizará en cada una de ellas. Además de ordenarlo por diferentes almacenes para tener un orden correcto de las cosas y saber en caso de emergencia donde encontrar lo que se necesita (3)

La reposición en la zona limpia deberá estar previsto de paños y sábanas, así como también reponer la zona del lavado quirúrgico con cepillos, guantes, mascarillas,

etc. En la zona media, donde suele haber vitrinas y estanterías, debe estar limpios y ordenado.

- Además, muchos de los antequirófanos tienen calentadores de sueros, y será aquí el TCAE la que esté encargada de procurar que esté siempre con el nivel adecuado de agua y que funcione.
- El TCAE tendrá que repartir al equipo del quirófano toda la ropa, instrumental y material que necesitan, y luego será la encargada de recoger, limpiar el quirófano y mandar todo el material a esterilización (4).
- El TCAE participará en el recuento de gasas.

En numerosos hospitales ya tienen pautado el número de gasas que salen de cada paquete. También según se vayan usando se desechan a un cubo con ruedas y se separan las gasas de las compresas. Se realizan hasta cuatro recuentos durante el cierre del tejido subcutáneo para asegurarse que no se queda ninguna dentro. Está demostrado que el protocolo estandarizado del recuento de material ayuda a evitar los posibles errores humanos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada para este trabajo, se resalta la importancia que tiene el TCAE en este espacio, ya que gracias a su trabajo y responsabilidad los quirófanos se conservan en unas condiciones donde no falta material y este se mantiene en buenas condiciones de esterilidad y asepsia.

También poner de manifiesto que es necesario la función de la TCAE en el recuento de las gasas y material a fin de evitar que puedan ocasionar complicaciones evitables en el quirófano. Este trabajo siempre se realiza dentro de un equipo multidisciplinar, formado por varios equipos como son el médico, el de enfermería, los TCAE y los celadores.

6 Bibliografía

1. Pastor LP, Gómez EG. Importancia de la función del tcae en la uci quirúrgica debido a un trasplante de corazón.
2. Cruz Rodríguez J. Cirugía mayor ambulatoria: antecedentes, evolución y logros. Gaceta Médica Espirituana. abril de 2020;22(1):37-48.
3. Ibañez Tejedor RM, Ortega Altamirano AM, Domingo Remón A, García Asendio E, Alcázar Martínez D, Márquez Ocaña C. Técnicos en cuidados auxiliar de enfermería, en la unidad de neonatología. Revista Sanitaria de Investigación. 2023;4(5):79.

4. Silvestre C, Fagoaga L, Garciandía MJ, Lanzeta I, Mateo MC, Zapata MC. Esterilización. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2000;95-103.

Capítulo 298

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.

JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La ostomía es una intervención quirúrgica que involucra la creación de una abertura artificial en el cuerpo para permitir la eliminación de desechos corporales cuando la función normal del sistema gastrointestinal o urinario se ve comprometida. Este procedimiento puede ser necesario debido a diversas afecciones médicas, como cáncer, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, traumatismos o malformaciones congénitas. La ostomía es una realidad para miles de personas en todo el mundo, y conlleva un impacto profundo en la vida de los pacientes, no solo desde el punto de vista físico, sino también emocional y social.

El proceso de adaptación a una ostomía puede ser desafiante para los pacientes, ya que involucra cambios significativos en su estilo de vida, imagen corporal y autoestima. La recuperación física y emocional de un paciente ostomizado está influenciada en gran medida por la calidad de los cuidados de enfermería que recibe. Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en el apoyo a estos individuos, proporcionando educación, asesoramiento emocional y atención especializada para garantizar que puedan llevar una vida plena y saludable después de la cirugía de ostomía.

Este desarrollo se centra en la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes ostomizados, los objetivos clave de estos cuidados, la metodología utilizada para brindarlos de manera efectiva, los resultados esperados y las conclusiones que se derivan de una atención de enfermería de calidad en esta población.

Al abordar estos aspectos, esperamos destacar la relevancia de una atención de enfermería especializada y centrada en el paciente para mejorar la calidad de vida de quienes han experimentado una ostomía.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería en el paciente ostomizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en la vida de los pacientes ostomizados, contribuyendo significativamente a su bienestar físico, emocional y social. A través de una atención especializada y centrada en el paciente, se logran una serie de resultados clave:

- Mejora en la adaptación psicológica: La orientación y el apoyo emocional proporcionados por los enfermeros ayudan a los pacientes a adaptarse a la presencia de una ostomía. Esto se traduce en una mayor aceptación de su condición y una reducción significativa de la ansiedad y la depresión relacionadas con la cirugía.
- Prevención de complicaciones cutáneas: Uno de los desafíos más comunes en pacientes ostomizados es la irritación cutánea alrededor de la ostomía debido al contacto con los productos de la bolsa. Los cuidados de enfermería incluyen la educación sobre el cuidado de la piel y la selección adecuada de productos para prevenir estas complicaciones. Como resultado, se observa una disminución en la incidencia de irritaciones cutáneas y úlceras.
- Mejora en la calidad de vida: Los pacientes que reciben una atención de enfermería adecuada experimentan una mejora sustancial en su calidad de vida. Se

sienten más capaces de llevar a cabo actividades diarias, disfrutar de sus relaciones personales y participar en actividades sociales y recreativas.

- Autogestión efectiva: Los enfermeros capacitan a los pacientes para que sean autosuficientes en el manejo de su ostomía. Los resultados demuestran que aquellos pacientes que adquieren habilidades sólidas en el autocuidado tienen menos probabilidades de experimentar complicaciones y pueden vivir de manera más independiente.
- Reducción de ingresos hospitalarios: Los cuidados de enfermería proporcionados en el hogar, incluyendo la enseñanza sobre el cambio de bolsas y el manejo de problemas comunes, contribuyen a una disminución en las hospitalizaciones relacionadas con la ostomía. Esto no solo alivia la carga financiera para los sistemas de atención médica, sino que también mejora la comodidad y la satisfacción del paciente al poder permanecer en su entorno familiar.
- Fomento de la adherencia a tratamientos: Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en asegurar que los pacientes sigan sus planes de tratamiento y mantengan un seguimiento adecuado con sus médicos. La educación y el seguimiento continuo aumentan la adherencia a las pautas médicas, lo que es esencial para el manejo efectivo de condiciones subyacentes que llevaron a la ostomía.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel crucial en la vida de los pacientes ostomizados. Al proporcionar educación, apoyo emocional y atención especializada, los enfermeros contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de estos pacientes y a prevenir complicaciones. La colaboración interdisciplinaria y la actualización constante en las prácticas de cuidados de enfermería son esenciales para brindar la mejor atención posible a los pacientes ostomizados.

Los resultados de los cuidados de enfermería en pacientes ostomizados son notables y multifacéticos. Desde la mejora de la salud física hasta la promoción de la salud mental y la calidad de vida, la atención especializada brindada por los enfermeros tiene un impacto positivo duradero en la vida de estos pacientes, permitiéndoles vivir de manera plena y satisfactoria a pesar de la presencia de una ostomía.

6 Bibliografía

1. Gómez Rodríguez, I. (2022). ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO, 137(137), 1–137. <https://www.npunto.es/revista/47/atencion-de-enfermeria-al-paciente-ostomizado>
2. Investigación, R. S. (2022, September 25). Cuidados de enfermería en el paciente ostomizado. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-ostomizado/>
3. Martínez, C. G., & Cueto, B. G. (2017). Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria, 5(4), 35–48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224482>

Capítulo 299

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA RESIDENCIA

JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Los cuidados paliativos que se llevan a cabo en residencias, entre otros lugares, son aquellos cuidados completos y activos que se realizan a aquellas personas que están sufriendo una enfermedad la cual no responde a una terapia curativa. Es esta atención la que está dirigida a pacientes con patologías graves como un gran número de tumores malignos. Las personas que necesitan estos cuidados paliativos tienen una esperanza de vida de unos seis meses aunque no necesariamente es una fecha pautada, ya que hay algunos pacientes que pueden llegar a vivir una temporada mayor y otros que lamentablemente no son capaces de llegar a esos seis meses.

A día de hoy, las residencias de la tercera edad se han transformado y han colaborado secundariamente con los centros hospitalarios, siendo centros de asistencia total integrados en la sociedad y su entorno.

El perfil del usuario de los centros residenciales está cambiando cada año ya que el aprieto de la atención hospitalaria y la necesidad de reducir las estancias en el hospital se ha traducido en ingresos en residencias de pacientes con pronóstico más reservado y estados más críticos. Además el envejecimiento de nuestra sociedad hace que las numerosas enfermedades conviertan las residencias en la casa de los pacientes más débiles de la sociedad.

2 Objetivos

Tomar conciencia sobre la atención que se brinda en los asilos de ancianos a los pacientes en su etapa final de vida.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una indagación de documentos y textos relacionados sobre los cuidados paliativos en centros residenciales de ancianos, además se consultaron artículos en reconocidas bases de datos como son Scielo, Medline, Elsevier donde se tratan distintos puntos interesantes en artículos académicos revisados.

4 Resultados

Los trabajadores de los diferentes centros de atención a personas con enfermedades de índole paliativa, tienen que tener ciertos conocimientos y técnicas para abordar y tratar con efectividad y respeto a los residentes, por ello, algunos de los cuidados de la etapa final de la vida que se emplean en las residencias de mayores son el acompañamiento y ayuda para que tanto el propio paciente como sus familiares lleven a cabo una mejor comprensión de la enfermedad y acepten la fase en la que se encuentra su cuerpo, además deberán proporcionar una atención psicológica, así como facilitar algún fármaco o medicación que ayude a paliar el dolor y los diferentes síntomas de las propias enfermedades, otro método para aliviar los dolores del paciente puede ser los diferentes cambios posturales que se lleven a cabo, así como un mayor control y acompañamiento médico que se encargue de pautar un tratamiento y diagnóstico.

El objetivo principal que se debe tener en cuenta, es prevenir todos los dolores posibles que pueda padecer el paciente en esta etapa, así como prevenir también la discapacidad, se debe mantener la independencia del enfermo para que se sienta realizado y mejore además su calidad de vida.

En el momento que un paciente se diagnostica como paciente enfermo terminal, se intentan proporcionar todos los cuidados necesarios dentro de la propia residencia para así no molestar ni agotar al paciente con traslados. Las personas mayores con estas patologías, tienen un mejor acceso a la atención médica especializada en la propia residencia, aunque, si se diera el caso, que el paciente o familiares deseen y quieran llevar a cabo estos cuidados finales en su propio

domicilio, podrían recibirse cuidados similares siempre que el facultativo de su aprobación.

5 Discusión-Conclusión

El facultativo deberá comprobar y llevar un control acerca de la calidad de atención y cuidados que reciben los pacientes de edad avanzada con enfermedades que desembocan en muerte próxima, con el fin de descubrir áreas y métodos que se deban mejorar o cambiar, además de cerciorarse de que se están llevando a cabo unos adecuados cuidados paliativos en el enfermo.

Actualmente muchos de los pacientes con enfermedad paliativa, llevan a cabo su tratamiento contra el dolor en residencias de avanzada edad donde el personal sanitario intenta paliar de todos los modos posibles los dolores que estos pacientes poseen en su etapa final de vida y elaboran planes de movimientos y asistencias que pueda pausar el suplicio.

6 Bibliografía

1. Barrena-Urieta Iñigo, Rodríguez-Rocha Adelino José, Wang-Gao Yu, Rol-Hoyas Carlos Manuel, Aira-Ferrer Pilar, Domínguez-Lorenzo Carmen. Perfil de pacientes con cronicidad avanzada y necesidades paliativas: un cambio que no llega. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2022 [citado 2023 Mar 22] ; 15(2): 85-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000200085&lng=es.

Epub 19-Sep-2022

2. García-Alhambra MA. Cuidados paliativos geriátricos en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1999 [citado el 22 de marzo de 2023];34(92):9242-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-cuidados-paliativos-geriatricos-residencias-13006134>

3. ¿Qué son los cuidados paliativos? [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>

Capítulo 300

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

ANA M TORIJA BARRAGÁN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

1 Introducción

Los cuidados paliativos son un enfoque integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades graves y avanzadas. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un rol esencial en este contexto, al proporcionar cuidados y apoyo necesarios para los pacientes y sus familias. Se trata de una situación muy dura para los pacientes y los familiares, por lo tanto, es importante que el trabajador que se encuentra en esa área, en este caso el TCAE, apoye de forma psicológica a estas personas en este tipo de situaciones. Es importante fomentar este rol debido a la importancia que tiene el TCAE además de todas las funciones que tiene y las responsabilidades de las que se encargan. Este trabajo científico explora el papel del TCAE en el contexto de los cuidados paliativos. Se analizan en detalle las funciones y responsabilidades específicas que el TCAE asume en este entorno sensible, destacando su contribución esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes en el final de su vida. A través

de la revisión de literatura y ejemplos de casos, se demuestra cómo el TCAE desempeña un papel integral en el equipo de cuidados paliativos.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las funciones y responsabilidades a las que se somete el TCAE en la unidad de cuidados paliativos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google escolar o Pubmed. Se ha realizado una búsqueda de términos como "el TCAE en el área de cuidados paliativos" o "funciones y responsabilidades del TCAE en el área de cuidados paliativos y el trato con los familiares" entre otras.

4 Resultados

Las funciones y las responsabilidades que tiene el TCAE en la unidad de cuidados paliativos son diversas. El TCAE en cuidados paliativos asume diversas funciones clave que contribuyen al bienestar físico y emocional de los pacientes:

1. Cuidado Personal y Dignidad: El TCAE ayuda en el aseo personal y el confort del paciente, respetando su dignidad y privacidad en todo momento.
2. Movilización y Confort: Brinda asistencia en la movilización y posición del paciente para prevenir úlceras por presión y mejorar la comodidad.
3. Apoyo Nutricional: Ayuda en la alimentación y la administración de líquidos, asegurando que los pacientes reciban la nutrición adecuada.
4. Apoyo Emocional: El TCAE establece conexiones significativas con los pacientes y sus familias, proporcionando apoyo emocional en momentos difíciles.
5. Colaboración en Terapias: Bajo supervisión, puede ayudar en la administración de terapias complementarias para el alivio de síntomas.
6. Comunicación Efectiva: El TCAE facilita la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo de cuidados paliativos para asegurar la comprensión y el bienestar del paciente.

Además de tener las funciones anteriormente descritas, va a tener una serie de contribuciones Esenciales del TCAE: La presencia del TCAE en los cuidados paliativos ofrece varias contribuciones cruciales:

- Calidad de Vida: El TCAE contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de cuidados atentos y personalizados.
- Alivio de Carga: Al asumir responsabilidades cotidianas, el TCAE alivia la carga del equipo médico y permite que los profesionales se enfoquen en aspectos médicos y emocionales más complejos.
- Conexión Humana: La empatía y el apoyo brindado por el TCAE crean un ambiente de confianza y comprensión para los pacientes y sus familias.

También es un trabajador el cual se va a exponer a desafíos y oportunidades como las emociones intensas y situaciones sensibles debido a su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el ámbito de los cuidados paliativos al asumir funciones esenciales que mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Su capacidad para brindar cuidados personales, apoyo emocional y conexión humana demuestra ser invaluable en este contexto. Reconocer y valorar el papel del TCAE en cuidados paliativos es fundamental para proporcionar una atención compasiva y holística a quienes enfrentan enfermedades avanzadas.

Una de las funciones más importantes que tiene el TCAE en el área de paliativos es el trato con los familiares de los pacientes, ya que se encuentran en una situación muy delicada.

6 Bibliografía

1. Palabras clave "El TCAE en paliativos".
2. Revistas científicas.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/participacion-tcae-en-los-cuidados-paliativos-del-paciente/#::text=Proporcionar%20al%20paciente%20los%20cuidados,con%20el%20trabajo%20de%20enfermer%C3%ADa.>
4. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/>
5. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-paciente-terminal/>
6. <https://congresosicepa.com/actuacion-tcae-enfermedad-terminal/>

Capítulo 301

LA ENFERMEDAD DEL COLESTEROL UNA DE LAS MÁS COMUNES QUE PRODUCE PROBLEMAS EN LA SALUD

BEGOÑA FERNÁNDEZ LINDE

1 Introducción

Una de las enfermedades más comunes en las personas y la cual produce numerosos problemas para la salud es el colesterol.

El colesterol es una sustancia serosa que se encuentra en la sangre. El cuerpo humano necesita colesterol para formar células sanas, pero siempre en unos niveles adecuados. Si el nivel de colesterol en sangre es alto, la persona que lo padece puede desarrollar enfermedades cardíacas graves.

El cuerpo humano necesita entre cosas muchas cosas algo de colesterol para producir hormonas, vitamina D y otras sustancias que nos ayudan a dirigir los alimentos.

El consumo de determinados alimentos como puede ser la yema de los huevos, el consumo excesivo de carnes rojas, los quesos pueden provocar un nivel alto de colesterol.

Si el nivel de colesterol en nuestra sangre es elevado, puede que al combinarse con otras sustancias formen placas y estas se pegan a las paredes de los vasos sanguíneos y producen una acumulación de placa llamada arterioesclerosis.

La enfermedad del colesterol por lo general se desarrolla sin signos ni síntomas, por ello se debe de realizar periódicamente unos análisis de sangre para medir su nivel.

Un nivel alto de colesterol puede provocar enfermedades de las arterias coronarias.

Existen varios tipos de colesterol: el colesterol bueno (HDL), el colesterol malo (LDL) o también la lipoproteína de muy baja densidad (VLDL).

2 Objetivos

-Destacar ciertos aspectos sobre la enfermedad del colesterol.

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización de dicho capítulo se han consultado diferentes páginas web, así como diversas revistas que trataban la enfermedad del colesterol. Por otro lado, se han consultado diversas bases de datos científicos con publicaciones de artículos que trataban el tema del colesterol. Las bases de datos consultados han sido Scielo, Pubmed, Medline y Cochrane.

4 Bibliografía

-Bases de datos de artículos de Scielo, Pubmed, Medline y Cochrane.

-<https://medlineplus.gov/colesterol>

-<https://revespcardiol.org/es>

-<https://fundaciondelcorazon.com>

Capítulo 302

LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO DE UN ICTUS O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

DAVID ARROYO ORTEGA

JOSE SOTO GARCIA

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

BEATRIZ ROJO MAYO

1 Introducción

La atención a pacientes que han sufrido un ictus o accidente cerebrovascular reviste una importancia crucial en el ámbito de la salud, debido a la naturaleza delicada y compleja de esta condición médica. Un ictus puede causar efectos devastadores en la función cerebral y en la calidad de vida de los pacientes, lo que demanda cuidados especializados y una atención integral para su recuperación y bienestar. En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería

desempeñan un rol fundamental al brindar un soporte esencial en el proceso de atención y rehabilitación.

La labor de estos técnicos abarca desde la observación constante de signos vitales hasta la asistencia en la movilización y cuidado personal de los pacientes, pasando por la administración de medicamentos y la colaboración en terapias de rehabilitación. Asimismo, proporcionan un apoyo emocional valioso tanto al paciente como a sus familiares, contribuyendo a mitigar los desafíos emocionales que pueden surgir tras un ictus. La comunicación efectiva y la educación sobre los cuidados posteriores también forman parte esencial de su tarea, asegurando la comprensión y colaboración de todos los involucrados en el proceso de recuperación.

Los cuidados y responsabilidades que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben asumir al atender a pacientes que han experimentado un ictus. Desde la observación constante hasta la promoción de la higiene y la administración de terapias, cada aspecto de su labor desempeña un papel crucial en el proceso de recuperación y en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Adentrándonos en los detalles de esta labor, podremos comprender mejor la importancia de su contribución en un área de la atención médica que requiere sensibilidad, compromiso y competencia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer y evaluar los principales cuidados que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo con pacientes con ictus.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de junio de 2023 y septiembre de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 11 artículos, seleccionados finalmente 8 artículos. La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (stroke OR “ictus patient”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Los pacientes que han sufrido un ictus o accidente cerebrovascular requieren una atención especializada y cuidados adecuados para asegurar su recuperación y prevenir complicaciones. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en brindar estos cuidados. Aquí hay algunas pautas sobre cómo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden cuidar a los pacientes que han sufrido un ictus:

1. Observación constante: Los pacientes que han tenido un ictus son vulnerables a cambios repentinos en su condición. Los técnicos deben vigilar signos vitales como la presión arterial, el ritmo cardíaco y la saturación de oxígeno de manera regular para detectar cualquier cambio significativo.
2. Movilización y prevención de úlceras por presión: Debido a la posible debilidad o parálisis de ciertas partes del cuerpo, es esencial ayudar a los pacientes a moverse y cambiar de posición regularmente. Esto ayudará a prevenir la formación de úlceras por presión y mantener la circulación sanguínea adecuada.
3. Ayuda con la higiene personal: Los pacientes con ictus pueden tener dificultades para realizar actividades básicas de higiene, como bañarse, vestirse y cepillarse los dientes. Los técnicos deben proporcionar la asistencia necesaria para garantizar la higiene y el confort del paciente.
4. Alimentación y nutrición: Algunos pacientes con ictus pueden tener dificultades para tragar o pueden requerir una dieta modificada. Los técnicos deben asegurarse de que los pacientes reciban la nutrición adecuada y de que se sigan las pautas dietéticas proporcionadas por los profesionales médicos.
5. Administración de medicamentos: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden ser responsables de administrar medicamentos según las indicaciones médicas. Es importante seguir los protocolos de administración y asegurarse de que los pacientes tomen sus medicamentos en los horarios adecuados.
6. Asistencia en la terapia física y ocupacional: Los pacientes con ictus a menudo requieren terapia física y ocupacional para recuperar habilidades motoras y funcionales. Los técnicos pueden ayudar a los pacientes durante estas sesiones, siguiendo las indicaciones del terapeuta.
7. Apoyo emocional: Un ictus puede tener un impacto significativo en la salud emocional del paciente. Los técnicos deben proporcionar apoyo y escucha activa, además de informar al personal médico si notan signos de depresión, ansiedad u otros problemas emocionales.
8. Comunicación: Algunos pacientes con ictus pueden tener dificultades en la comunicación verbal. Los técnicos deben ser pacientes y usar métodos alternativos

de comunicación si es necesario, como gestos o dispositivos de comunicación asistida.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención a pacientes que han sufrido un ictus o accidente cerebrovascular es un aspecto crítico de la atención médica, que demanda cuidados especializados y personalizados para lograr la recuperación y el bienestar óptimo del paciente. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel esencial en este proceso, ya que proporcionan una serie de cuidados y apoyo que contribuyen directamente a la mejora de la condición y calidad de vida de estos pacientes.

La observación constante de signos vitales, la asistencia en la movilización y el cuidado personal, así como la administración de medicamentos, son solo algunas de las responsabilidades clave que los técnicos asumen con dedicación y profesionalismo. Además, su apoyo emocional y comunicación efectiva ayudan a aliviar las tensiones y ansiedades tanto del paciente como de sus familiares, creando un entorno propicio para la recuperación.

Es fundamental destacar que el rol de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería no solo se centra en la atención directa al paciente, sino también en la colaboración con el equipo médico y de enfermería. Su documentación precisa y su contribución en terapias de rehabilitación demuestran su compromiso con la atención integral y la mejora continua del paciente.

6 Bibliografía

1. Weltermann B, Vom D, Kleine R, Riedel T, Dieckmann J, Ringelstein E. Supply of emergency physicians for patients with stroke in the Münster area. A cross-sectional study of the quality of regional health care. *Dtsch Med Wochenschr.* 2019 October; 124(41): p. 1192-1196.
2. Doria J, Forgacs P. Incidence, Implications, and Management of Seizures Following Ischemic and Hemorrhagic Stroke. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2019 May; 19(7): p. 37.
3. Yangchen , Tenzin , Bahadur , Yangzom , Venketasubramanian. Improving Stroke Care in Bhutan. *Cerebrovasc Dis Extra.* 2022 March; 12(1): p. 33-35.
4. Amatangelo M, Beth S. Priority Nursing Interventions Caring for the Stroke Patient. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2020 March; 32(1): p. 67-84.

5. Clarke D. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta - ethnography. *J Clin Nurs*. 2018 May; 23(9-10): p. 1201-1226.
6. An M, Shaughnessy M. The effects of exercise-based rehabilitation on balance and gait for stroke patients: a systematic review. *J Neurosci Nurs*. 2019 December; 43(6): p. 298-307.

Capítulo 303

LA SALUD MENTAL Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

DAVID ARROYO ORTEGA

BEATRIZ ROJO MAYO

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

JOSE SOTO GARCIA

1 Introducción

La salud mental es un componente vital e inseparable del bienestar general de un individuo. En la sociedad actual, donde el estrés, la ansiedad y otros trastornos mentales son cada vez más comunes, la atención a la salud mental ha ganado una importancia sin precedentes. En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial al interactuar y brindar atención a pacientes que enfrentan desafíos en su salud mental. Su labor no solo se enfoca en los aspectos físicos de la atención médica, sino que también abarca el apoyo emocional y psicológico necesario para promover la recuperación integral de los pacientes.

Este texto se adentrará en la intersección entre la salud mental y la labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Exploraremos cómo su enfoque empático, comunicación efectiva y colaboración con el equipo de atención

contribuyen a la atención integral de pacientes con problemas de salud mental. Además, se discutirán los diferentes aspectos de su rol, desde la detección temprana de signos de problemas de salud mental hasta la promoción del bienestar emocional y el apoyo en situaciones de crisis.

A medida que la sociedad reconoce la importancia de la salud mental en el bienestar general, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen la oportunidad de desempeñar un papel significativo en la mejora de la calidad de vida de aquellos que enfrentan desafíos en esta área. Su dedicación y sensibilidad en la atención a la salud mental contribuyen directamente a la recuperación y al empoderamiento de los pacientes, generando un impacto positivo en la comunidad médica en su conjunto.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer y evaluar los principales cuidados que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo en el área de salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La salud mental es un aspecto fundamental e integral del bienestar general de una persona. Los desafíos en la salud mental pueden tener un impacto significativo en la vida cotidiana y en la capacidad de una persona para funcionar y disfrutar de una vida plena. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel esencial en la atención y el apoyo a pacientes que enfrentan problemas de salud mental. A continuación, se exploran las interacciones entre la salud mental y los cuidados que brindan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

1. Observación y detección temprana: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería a menudo son los primeros en interactuar con los pacientes. La obser-

vación atenta les permite detectar cambios en el estado emocional y comportamental de un paciente, lo que puede ser indicativo de problemas de salud mental. Estar alerta a signos de ansiedad, depresión u otros síntomas es crucial para intervenir de manera temprana.

2. Apoyo emocional: La empatía y el apoyo emocional son esenciales al interactuar con pacientes que enfrentan desafíos en la salud mental. Los técnicos pueden brindar un espacio seguro para que los pacientes expresen sus sentimientos y preocupaciones, lo que puede ser reconfortante y ayudar a reducir el estrés y la ansiedad.

3. Comunicación efectiva: Una comunicación clara y respetuosa es vital en la interacción con pacientes con problemas de salud mental. Los técnicos deben ser pacientes, escuchar activamente y adaptar su comunicación según las necesidades del paciente. Esto ayuda a establecer confianza y facilita una relación terapéutica.

4. Cumplimiento de tratamientos: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden ayudar en la administración de medicamentos y en la adhesión a tratamientos prescritos por profesionales de la salud mental. Brindar recordatorios y asegurarse de que los pacientes sigan sus pautas de tratamiento puede ser esencial para su mejoría.

5. Fomento de la participación en actividades: Participar en actividades recreativas y terapéuticas puede ser beneficioso para la salud mental. Los técnicos pueden colaborar con los profesionales de salud mental para facilitar la participación de los pacientes en actividades que promuevan su bienestar emocional.

6. Prevención de situaciones de crisis: Algunos pacientes con problemas de salud mental pueden estar en riesgo de crisis. Los técnicos pueden recibir capacitación para manejar situaciones de crisis y para proporcionar el apoyo necesario mientras se solicita la ayuda adecuada.

7. Colaboración con el equipo de atención: La comunicación y colaboración con el equipo de atención médica y de salud mental son esenciales para proporcionar una atención integral. Los técnicos pueden brindar información valiosa sobre la respuesta del paciente a diferentes intervenciones y ayudar en la implementación de planes de atención.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito de la salud mental es de vital importancia para el bienestar integral de los pacientes. Su enfoque empático, habilidades de comunicación y colaboración con el equipo de atención médica juegan un papel fundamental en la promoción

de la salud mental y en la atención de personas que enfrentan desafíos en esta área.

Los técnicos desempeñan un rol activo en la detección temprana de signos de problemas de salud mental, lo que permite una intervención oportuna y la implementación de estrategias de manejo adecuadas. Su apoyo emocional y psicológico proporciona a los pacientes un espacio seguro para expresar sus sentimientos y preocupaciones, fomentando un ambiente terapéutico propicio para la recuperación.

La colaboración estrecha con el equipo de atención médica es esencial para garantizar la atención integral de los pacientes con problemas de salud mental. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel valioso al brindar información sobre la respuesta del paciente a las intervenciones y al participar en la implementación de planes de atención individualizados.

Al final del día, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería contribuyen directamente a la mejora de la calidad de vida de las personas que enfrentan desafíos en la salud mental. Su dedicación, empatía y compromiso con la atención holística no solo refuerzan la importancia de la salud mental en el ámbito médico, sino que también destacan su papel esencial como miembros valiosos del equipo de atención médica en la búsqueda del bienestar emocional y físico de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Vasquez J. Enfermero/a de salud mental.
2. Mosquez CA. Enfermero especialistas en salud mental.
3. Medicina seguridad y trabajo. Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral.
4. Cabrera, Fernando. La Enfermería de Salud Mental y la integración del paciente en la sociedad. [Online].; 2015.

Capítulo 304

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL TRABAJO Y LOS CUIDADOS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS.

DAVID ARROYO ORTEGA

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

JOSE SOTO GARCIA

BEATRIZ ROJO MAYO

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

1 Introducción

En el contexto de una población envejecida, las residencias de ancianos desempeñan un papel crucial en proporcionar cuidados y bienestar a las personas mayores que requieren asistencia en su vida diaria. En este entorno, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería emergen como figuras esenciales, ya que desempeñan un rol central en la atención y el acompañamiento de los residentes. Su labor abarca desde la asistencia en actividades básicas hasta la observación de la salud de los residentes, colaborando estrechamente con profesionales médicos y de enfermería para garantizar una atención integral.

Este documento se sumerge en la relación intrínseca entre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, su labor y los cuidados en residencias de ancianos.

Exploraremos cómo su dedicación, conocimientos y habilidades impactan directamente en la calidad de vida y el bienestar de los residentes. Además, se abordarán los diferentes aspectos de su función, desde la atención personalizada hasta la colaboración interdisciplinaria y la promoción de actividades estimulantes. Con el aumento constante de la población mayor, la contribución de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería adquiere una importancia creciente en el ámbito de las residencias de ancianos. Su labor no solo garantiza el cuidado físico, sino que también ofrece un apoyo emocional invaluable y una conexión significativa con los residentes. En esta discusión, exploraremos cómo estos profesionales desempeñan un papel vital en la promoción de la calidad de vida de las personas mayores, contribuyendo significativamente a la atención integral y el bienestar en las residencias de ancianos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer y evaluar los principales tratamientos que ejercen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados de pacientes en residencias de ancianos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las residencias de ancianos es de gran relevancia para asegurar la salud, el bienestar y la calidad de vida de los residentes. Estos profesionales desempeñan una función esencial al proporcionar atención directa y personalizada a los residentes, trabajando en colaboración con el equipo multidisciplinario para garantizar un ambiente seguro y enriquecedor. A continuación, exploramos la relación entre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, su labor y los cuidados en residencias de ancianos.

1. Atención personalizada: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se encargan de brindar cuidados personalizados a los residentes, asegurando que sus necesidades de salud y bienestar se aborden de manera adecuada. Esto incluye asistencia en la higiene personal, administración de medicamentos, movilización y otros cuidados esenciales.
2. Observación y detección: Los técnicos son quienes están en contacto diario con los residentes, lo que les permite observar cualquier cambio en su estado de salud, comportamiento o necesidades. La detección temprana de problemas médicos o emocionales es crucial para brindar la atención adecuada y prevenir complicaciones.
3. Apoyo emocional: Los residentes de las residencias de ancianos a menudo pueden sentirse solos o ansiosos. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un rol importante al proporcionar apoyo emocional, escucha activa y compañía, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los residentes.
4. Colaboración interdisciplinaria: Trabajando junto a enfermeras, médicos, terapeutas y otros profesionales de la salud, los técnicos desempeñan un papel integral en la atención integral de los residentes. Su participación en reuniones de equipo y en la implementación de planes de atención es esencial para asegurar una atención holística y coordinada.
5. Prevención de caídas y lesiones: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son responsables de ayudar a los residentes a moverse con seguridad y de prevenir caídas. Esto incluye la correcta utilización de dispositivos de ayuda para la movilidad y la implementación de medidas de seguridad en el entorno.
6. Actividades y estimulación: Contribuyen a la planificación y ejecución de actividades recreativas y terapéuticas que promuevan el bienestar físico y mental de los residentes. Estas actividades son esenciales para mantener la vitalidad y la interacción social.
7. Documentación y registros: Mantienen registros precisos de las actividades realizadas, cambios observados y cuidados proporcionados a los residentes. Esta documentación es valiosa para el seguimiento y la evaluación de la evolución de los residentes.

5 Discusión-Conclusión

Después del análisis de los resultados obtenidos en nuestra revisión podemos concluir que en resumen, la labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las residencias de ancianos es de un valor incalculable para el bienestar y la calidad de vida de los residentes. Su participación abarca desde la asistencia

en actividades diarias hasta el apoyo emocional y la colaboración en la atención médica, lo que contribuye directamente a la creación de un entorno seguro, enriquecedor y compasivo para las personas mayores.

La atención personalizada que brindan los técnicos, así como su capacidad para observar y detectar cambios sutiles en la salud y el comportamiento de los residentes, permite una intervención temprana y la implementación de estrategias de cuidado adecuadas. La colaboración interdisciplinaria con profesionales médicos y de enfermería asegura una atención integral y coordinada, donde cada aspecto de la salud y el bienestar de los residentes es considerado.

El apoyo emocional y la compañía que ofrecen los técnicos no solo reducen la sensación de soledad en los residentes, sino que también fomentan un ambiente de calidez y comprensión. Además, su implicación en la planificación y ejecución de actividades recreativas y terapéuticas contribuye a mantener la vitalidad y la conexión social de los residentes.

6 Bibliografía

1. Martínez M, Alvarado Muñoz R. Validación del Cuestionario Nórdico Estandarizado de Síntomas Musculoesqueléticos para la población trabajadora chilena, adicionando una escala de dolor. *Revista de Salud Pública*. 2017;21(2):43.
2. Díaz San Juan L. La observación [Internet]. 2nd ed. Méjico: Ma. Elena Gómez Rosales; 2011. Disponible en: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf.
3. Fernández González M, Fernández Valencia M, Manso Huerta M, Gómez Rodríguez M, Jiménez Recio M, Coz Díaz F. Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón - C.P.R.P.M. Mixta. *Gerokomos*. 2014;25(1):17-22.
4. Montalvo AA, Cortés YM, Rojas MC. Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería. *Hacia promoc. salud*. 2015; 20(2): 132-146. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.2.11
5. Cervantes Castillo LA. Identificación y análisis de síntomas músculoesqueléticos de origen disergonómico en el personal de enfermería del hospital hipólito unanue de tacna. *Veritas Et Scientia* Vol. 7, N° 1,859-865 Enero -Junio del 2018. ISSN 2307 – 5139.

Capítulo 305

LOS CUIDADOS EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

M^o GEMA REBOLLO LOPESINO

LAURA PARREÑO LOPEZ

ANA MARÍA MERINO SALVANES

1 Introducción

En el entorno de la atención médica, el cuidado de pacientes encamados representa un aspecto crítico y delicado de la labor de los profesionales de la salud. Los individuos que requieren asistencia y atención constantes debido a su inmovilidad enfrentan desafíos adicionales, y es aquí donde el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) cobra una importancia fundamental. En esta exploración, se abordará en profundidad la relevancia de los cuidados en la higiene del paciente encamado y el papel que desempeñan los TCAE en este proceso vital.

La higiene y el bienestar de un paciente encamado van más allá de la simple comodidad; tienen un impacto directo en la salud física y emocional del paciente. Los cuidados adecuados ayudan a prevenir complicaciones como úlceras por presión, infecciones cutáneas y problemas respiratorios. En este contexto, los TCAE desempeñan una función esencial al brindar asistencia en actividades de higiene personal, cambios de posición y mantenimiento del entorno limpio. Su labor no solo asegura la comodidad del paciente, sino que también contribuye a la prevención de problemas médicos que podrían surgir debido a la inmovilidad prolongada.

A lo largo de esta exploración, se examinará cómo los TCAE colaboran en el baño y aseo personal del paciente encamado, en el control de la incontinencia, en el cuidado de la higiene oral y en la realización de cambios de postura regulares. Además, se destacará su contribución en el mantenimiento de un entorno limpio y ordenado, lo cual es esencial para la recuperación y el bienestar del paciente. En definitiva, esta exploración resalta la importancia de los cuidados en la higiene del paciente encamado y destaca la labor vital que realizan los TCAE en este proceso. Su dedicación y profesionalismo no solo mejoran la calidad de vida de los pacientes, sino que también juegan un papel crucial en la prevención de complicaciones y en la promoción de un entorno de atención médica óptimo y compasivo.

2 Objetivos

Conocer y evaluar los principales cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la higiene y el bienestar de un paciente encamado.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de mayo de 2023 y agosto de 2023. Se utilizaron las principales bases de datos: Medline, Scielo, Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 10 artículos, seleccionados finalmente 5 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“Hygiene and well-being” OR “bedridden patient AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

La atención a pacientes encamados es una parte esencial de la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Estos profesionales desempeñan un papel crucial en el cuidado y la higiene de pacientes que, debido a su estado de salud, requieren asistencia y apoyo para mantener una adecuada higiene personal. A continuación, se abordan los cuidados en la higiene del paciente encamado y la función del TCAE en este proceso:

1. Baño y aseo personal: Los pacientes encamados pueden tener dificultades para llevar a cabo su higiene personal de manera independiente. Los TCAE son responsables de brindar asistencia en el baño, el aseo oral, el cambio de ropa y el cuidado del cabello. Esto no solo contribuye a la comodidad y la higiene del paciente, sino que también previene problemas de piel y otras complicaciones asociadas con la inmovilidad.
2. Cambio de postura: La inmovilidad prolongada puede llevar a la formación de úlceras por presión. Los TCAE juegan un papel fundamental en el cambio de postura periódico del paciente, asegurando que se distribuya de manera adecuada la presión en las diferentes áreas del cuerpo y se prevenga la aparición de úlceras.
3. Control de la incontinencia: Los pacientes encamados pueden enfrentar problemas de incontinencia urinaria o fecal. Los TCAE ayudan en el cambio de pañales, la higiene y el cuidado de la piel para prevenir irritaciones y complicaciones derivadas de la incontinencia.
4. Higiene oral: El cuidado de la boca y los dientes es fundamental para la salud general de los pacientes. Los TCAE asisten en la higiene oral, ya sea cepillando los dientes del paciente o proporcionando enjuagues bucales, lo que contribuye a la prevención de infecciones y al mantenimiento de una buena salud bucal.
5. Higiene de las vías respiratorias: En pacientes con dificultades respiratorias, los TCAE pueden colaborar en la limpieza y el cuidado de las vías respiratorias, ayudando a prevenir problemas respiratorios y facilitando la comodidad del paciente.
6. Mantener el entorno limpio: Además de la higiene personal del paciente, los TCAE también se encargan de mantener limpio y ordenado el entorno del paciente, incluyendo la cama y las áreas circundantes. Un entorno limpio contribuye al bienestar general y a la prevención de infecciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención a la higiene de pacientes encamados es un componente esencial de la labor de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el ámbito de la atención sanitaria. A lo largo de esta exploración, hemos observado cómo su rol va más allá de la asistencia física, ya que desempeñan un papel vital en el bienestar y la comodidad de los pacientes que requieren cuidados intensivos debido a su inmovilidad.

Los cuidados en la higiene del paciente encamado son fundamentales para prevenir complicaciones graves, como úlceras por presión e infecciones cutáneas. Los TCAE desempeñan un papel crucial al proporcionar baño, aseo personal, control de la incontinencia y cambios de posición regulares. Estas acciones no solo contribuyen a la salud física del paciente, sino que también tienen un impacto positivo en su salud emocional y mental.

Además, la labor de los TCAE en el mantenimiento de un entorno limpio y ordenado es esencial para prevenir la propagación de infecciones y crear un ambiente cómodo y propicio para la recuperación del paciente. Su dedicación y atención minuciosa son vitales para mantener estándares de higiene elevados en el entorno de atención médica.

La labor de los TCAE en los cuidados de higiene para pacientes encamados es una manifestación concreta de su compromiso y profesionalismo en el cuidado de la salud de los pacientes. Su contribución al bienestar físico y emocional de los pacientes, así como a la prevención de complicaciones, resalta la importancia de su papel en el equipo multidisciplinario de atención médica y su impacto positivo en la calidad de vida de aquellos que más lo necesitan.

6 Bibliografía

1. Hutchinson, L., y Galit, N., (2012). Ocio como recurso para el Envejecimiento con éxito por personas mayores con problemas de salud crónicos, *La Revista Internacional de Envejecimiento y Desarrollo Humano*, 74(1), 41-65.
2. Kim, J., Yamada, N., Heo, J., y Han, A. (2014). Beneficios para la salud de la participación seria en actividades de ocio entre los adultos de edad avanzada coreano. *Revista Internacional de Estudios cualitativos sobre Salud y Bienestar*, 9. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110381/>.
3. Megan, C., Janke, J.J., Jones, L.L., y Payne, J. (2011). S. Vivir con artritis, *La investigación cualitativa en salud*, 22(3), 360-372.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 306

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

ANA MARÍA MERINO SALVANES

LAURA PARREÑO LOPEZ

M^o GEMA REBOLLO LOPESINO

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

1 Introducción

En el contexto de la atención sanitaria, el enfoque en el bienestar integral de la población anciana se ha vuelto cada vez más prominente. Uno de los aspectos fundamentales para promover la salud y la calidad de vida en los adultos mayores es la incorporación de ejercicios terapéuticos adecuados y seguros en sus rutinas diarias.

En este contexto, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería(TCAE) adquiere un valor inmenso, ya que desempeña un papel vital en la implementación y supervisión de estos programas de ejercicio para los ancianos.

A lo largo de esta exploración, examinaremos en detalle cómo los TCAE contribuyen al bienestar de los ancianos a través de la realización de ejercicio terapéutico. Se explorará su colaboración en la planificación de programas personalizados, su participación activa en la ejecución de ejercicios, su papel en la motivación y adherencia de los pacientes, y su capacidad para monitorizar los progresos y prevenir complicaciones.

La población anciana a menudo enfrenta desafíos relacionados con la movilidad, la fuerza y el equilibrio, que pueden tener un impacto significativo en su independencia y calidad de vida. La implementación adecuada de ejercicios terapéuticos puede contrarrestar estos desafíos y mejorar la función física y mental de los pacientes. Es aquí donde la experiencia y el compromiso de los TCAE entran en juego.

A medida que avanzamos en esta exploración, se hará evidente cómo los TCAE no solo proporcionan asistencia práctica en la realización de ejercicios, sino que también fomentan una conexión emocional con los pacientes, promoviendo la motivación y el compromiso con la actividad física. Esto, a su vez, contribuye al bienestar general y al envejecimiento saludable de la población anciana.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el ejercicio terapéutico de los pacientes.

Objetivo Secundario:

- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y ejercicio terapéutico de los pacientes.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de abril de 2023 y junio de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 12 artículos, seleccionados finalmente 9 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“therapeutic exercise” OR exercise) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es fundamental en el ámbito de la atención sanitaria, especialmente cuando se trata de la población anciana. Una de las áreas en las que su trabajo adquiere una relevancia significativa es en la realización de ejercicio terapéutico para los ancianos. A continuación, exploraremos cómo los TCAE contribuyen a la implementación y supervisión de ejercicios terapéuticos en esta población:

1. Colaboración en la planificación:

Los TCAE trabajan en conjunto con el equipo médico y de enfermería en la planificación de programas de ejercicio terapéutico adaptados a las necesidades y capacidades individuales de los ancianos. Su conocimiento sobre la condición de los pacientes y sus limitaciones físicas les permite colaborar en la creación de planes de ejercicios seguros y efectivos.

2. Implementación de ejercicios:

Los TCAE están a cargo de guiar a los ancianos en la realización de los ejercicios planificados. Esto puede incluir actividades de movilización, estiramientos suaves, ejercicios de fortalecimiento y equilibrio. Su supervisión es esencial para garantizar que los ancianos realicen los ejercicios de manera correcta y segura, minimizando el riesgo de lesiones.

3. Fomento de la adherencia:

Los TCAE desempeñan un papel motivador en la adherencia a los programas de ejercicio. Mediante la interacción diaria y el establecimiento de una relación de confianza con los pacientes, pueden alentarlos a participar activamente en los ejercicios terapéuticos, lo que contribuye a la mejora de su condición física y bienestar general.

4. Monitorización de progresos:

Los TCAE observan y registran los progresos de los pacientes en sus rutinas de ejercicio. Esto permite al equipo de atención médica ajustar los programas según sea necesario y proporcionar retroalimentación a los pacientes sobre sus logros, lo que puede aumentar su motivación y compromiso.

5. Prevención de complicaciones:

Los ancianos son susceptibles a problemas de salud relacionados con la falta de actividad física. Los TCAE pueden identificar signos tempranos de posibles complicaciones o deterioro físico y comunicarlos al equipo de atención médica para

una intervención adecuada.

6. Promoción del bienestar:

Además de los beneficios físicos, el ejercicio terapéutico también tiene efectos positivos en el bienestar mental de los ancianos. Los TCAE pueden proporcionar un ambiente de apoyo y aliento durante las sesiones de ejercicio, contribuyendo así al aspecto emocional y social de la atención integral.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la realización de ejercicio terapéutico en ancianos desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud y el bienestar de esta población. A lo largo de esta exploración, hemos observado cómo su intervención va más allá de la asistencia física, ya que contribuye de manera significativa a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

La colaboración de los TCAE en la planificación y ejecución de programas de ejercicio terapéutico personalizados resalta su compromiso con la atención integral de los pacientes. Su participación en la implementación de ejercicios, la supervisión de la técnica y la motivación activa contribuyen a que los ancianos puedan mejorar su movilidad, fuerza y equilibrio, lo que a su vez influye en su independencia y autonomía.

Además, el papel de los TCAE en la monitorización de progresos y la prevención de complicaciones es esencial para garantizar la seguridad y la efectividad de los programas de ejercicio. Su capacidad para identificar signos tempranos de problemas o cambios en la condición física de los pacientes permite una intervención oportuna y ajustes en los planes de ejercicio.

La relación cercana que establecen los TCAE con los pacientes ancianos, basada en la confianza y el apoyo, es un factor clave en la promoción de la adherencia a los programas de ejercicio. Su presencia constante y su interacción personalizada juegan un papel importante en la motivación y el compromiso de los pacientes con las actividades físicas recomendadas.

6 Bibliografía

1. Barrios, R., Borges, R., y Cardoso, L.C. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2).

2. Bernal, J.G., y de la Fuente Anuncibay, R. (2017). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser HUMANO. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD de Psicología., 7(1), 121-130.
3. Cabrera, P.J. (2015). Socio-demografía de la vejez. Bioética y ancianidad en una sociedad en cambio. De la Torre Díaz FJ (ed. lit.), 17-54.
4. del Amo, A.C., y de Santiago, F.F. (2003). Ejercicio físico en el anciano institucionalizado. *Fisioterapia*, 25(3), 150-158.
5. Díaz, R., y Domínguez, J. (2014). De la base a la cúspide de la pirámide de población: el proceso de envejecimiento demográfico de Canarias en el horizonte de 2020.
6. Mor, E.H., García, C.S., y Peris, C.C. (2016). El valor pedagógico de un enfoque de la actividad física integral en el envejecimiento activo de la población. *Rivista Italiana di Pedagogia dello Sport*, 2, 38-47.
7. Moreno, A.J.Q., Rosales, B.M.M., y Hernández, A.J.Q. (2016). Actividad física en mujeres adultas con exceso de peso corporal. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(2).

Capítulo 307

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EN LOS PACIENTES CON PIE DIABETICO

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

M° GEMA REBOLLO LOPESINO

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

ANA MARÍA MERINO SALVANES

LAURA PARREÑO LOPEZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que puede tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de quienes la padecen. Uno de los aspectos críticos de la atención a personas con diabetes es el cuidado adecuado de sus pies, ya que la neuropatía y la disminución de la circulación sanguínea pueden llevar a complicaciones serias, como úlceras y amputaciones.

En este contexto, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) adquiere una importancia vital, puesto que desempeñan un papel esencial en la provisión de cuidados específicos y especializados a los pacientes con pie diabético.

A lo largo de esta exploración, examinaremos en profundidad los cuidados que los TCAE brindan a los pacientes con pie diabético. Analizaremos su papel en la observación y control constante de la salud de los pies, la promoción de la higiene adecuada, la prevención de úlceras y la colaboración con el equipo médico en la coordinación de la atención. Además, se explorará cómo los TCAE pueden educar a los pacientes sobre la importancia del autocuidado y el seguimiento de las pautas de prevención.

La colaboración entre los TCAE y el equipo médico es esencial para garantizar una atención integral y efectiva para los pacientes con pie diabético. Al trabajar en conjunto, pueden brindar un enfoque holístico que aborde tanto las necesidades físicas como las educativas de los pacientes, promoviendo un manejo óptimo de la enfermedad y previniendo complicaciones graves.

En un mundo donde la prevalencia de la diabetes está en aumento, reconocer y comprender el papel vital de los TCAE en el cuidado de los pacientes con pie diabético es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención y el apoyo necesarios para mantener su salud y bienestar, y evitar complicaciones potencialmente devastadoras.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los cuidados del pie diabético.

Objetivo secundario:

- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los cuidados del pie diabético.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de abril de 2023 y junio de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 12 artículos, seleccionados finalmente 9 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“diabetic foot care” OR diabetic) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Los pacientes con pie diabético requieren una atención especializada y cuidados específicos debido a las complicaciones potenciales que pueden surgir debido a la diabetes.

En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es crucial para brindar asistencia y apoyo a estos pacientes.

A continuación, exploraremos en detalle los cuidados que un TCAE puede proporcionar a los pacientes con pie diabético:

1. Control y observación:

Los TCAE son responsables de llevar a cabo un control regular y observación minuciosa de los pies de los pacientes diabéticos. Esto implica examinar cualquier signo de lesiones, úlceras, enrojecimiento o hinchazón. El TCAE debe estar atento a cualquier cambio en la condición de los pies y comunicar de inmediato cualquier problema al personal médico.

2. Higiene de los pies:

La higiene adecuada de los pies es esencial para prevenir infecciones y complicaciones en pacientes con pie diabético. Los TCAE pueden brindar asistencia en la limpieza y el secado cuidadoso de los pies, prestando especial atención a los espacios entre los dedos.

3. Apoyo en el cuidado de las uñas:

El recorte incorrecto de las uñas puede aumentar el riesgo de lesiones en los pacientes diabéticos. Los TCAE pueden colaborar en el recorte adecuado de las uñas, evitando cortes profundos que puedan resultar en infecciones.

4. Prevención de úlceras:

Los TCAE pueden ayudar en la prevención de úlceras por presión y llagas en los pies al cambiar de posición a los pacientes que tienen dificultades para moverse. Además, pueden proporcionar almohadillas de protección y calzado adecuado para prevenir la fricción y la presión en áreas vulnerables.

5. Educación al paciente:

Los TCAE tienen la oportunidad de educar a los pacientes con pie diabético sobre la importancia de la autoinspección diaria de los pies, la elección de calzado adecuado, la detección temprana de problemas y la importancia del control de la glucemia.

6. Apoyo en la administración de medicamentos:

En algunos casos, los pacientes con pie diabético pueden requerir medicamentos tópicos para tratar infecciones o promover la cicatrización. Los TCAE pueden colaborar en la aplicación de estos medicamentos según las indicaciones del personal médico.

7. Coordinación con el equipo médico:

Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeras y médicos para informar sobre cualquier cambio en la condición de los pies de los pacientes. Su capacidad para proporcionar información detallada y precisa es vital para una atención integral y coordinada.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se confirma que el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de pacientes con pie diabético es de suma importancia en el ámbito de la atención sanitaria. A lo largo de esta exploración, se ha destacado cómo su labor va más allá de la asistencia básica, ya que desempeñan un rol crucial en la prevención y el manejo de complicaciones relacionadas con esta enfermedad crónica.

Los cuidados proporcionados por los TCAE a los pacientes con pie diabético abarcan desde la observación constante de la salud de los pies hasta la promoción de la higiene adecuada y la prevención de úlceras y lesiones. Su colaboración cercana con el equipo médico asegura una atención coordinada y efectiva, donde la detección temprana de problemas y la implementación de medidas preventivas son fundamentales.

La educación que los TCAE brindan a los pacientes sobre la importancia del autocuidado y la adherencia a las recomendaciones médicas es un componente clave de su trabajo. Al empoderar a los pacientes con información y habilidades para el manejo de su condición, los TCAE contribuyen significativamente a la mejora de la calidad de vida y a la prevención de complicaciones graves.

En un panorama en el que la diabetes representa un desafío global para la salud pública, reconocer la función vital de los TCAE en el cuidado de pacientes con pie diabético es esencial. Su compromiso y atención personalizada hacen una diferencia sustancial en la vida de los pacientes, demostrando cómo su labor contribuye de manera integral al equipo de atención médica y al bienestar de quienes necesitan cuidados especializados.

6 Bibliografía

1. Registered Nurses' Association of Ontario. Valoración y manejo de las úlceras de pie diabético. En: Grispun D, Director. Guías de buenas prácticas clínicas. Canadá; 2013. p1- 162. Recuperado a partir de: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Foot_16_01_2015_-_2nd_Edition.pdf
2. COLPEDIS. Grupo Colombiano de Pie Diabético. Guías Colombianas para la prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Tercera edición. 2019; 1-63. Recuperado a partir de: <https://es.scribd.com/document/411231925/Guias-Colombianas-ParaLa-Prevencion-Diagnostico-y-Tratamiento-Del-PieDiabetico-Un-Manejo-Integral-2019>
3. Parker CN, Van Netten JJ, Parker TJ, et al. Differences between national and international guidelines for the management of diabetic foot disease. *Diabetes Metab Res Rev.* 2019;35(2):e3101. doi: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3101>
4. Beuscher T. Guidelines for Diabetic Foot Care. A Template for the Care of All Feet. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019;46(3):241-245. Recuperado a partir de: <https://nursing.201905000-00014>.
5. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, et al. Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;36 Suppl 1:e3266. doi: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3266>
6. Asociación latinoamericana de diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. 2019. Revista de la ALAD. Recuperado a partir de: http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf

Capítulo 308

EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE LA MANIPULACION DE LOS MEDICAMENTOS CONSIDERADOS TÓXICOS.

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

SONIA GALINDO LOPEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

1 Introducción

En la presente revisión bibliográfica, vamos a comenzar explicando que es el personal de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que va a prestar sus servicios en una institución sanitaria pública.

Como introducción, podemos decir que el personal TCAE es aquel profesional de la salud que ha tenido que superar un curso para obtener el título de grado medio que le acredita estar preparado para realizar cuidados a los pacientes que

va a atender y también poder actuar en las diferentes áreas pasando a formar parte de un equipo sanitario.

Por así decirlo, el personal TCAE es el profesional de la salud que se va a encargar de prestar los cuidados básicos que necesitan los pacientes en lo referente a la alimentación, al aseo y a la movilidad. Además, también va a colaborar con el resto de profesionales sanitarios como son los médicos, los enfermeros y demás personal sanitario.

Hoy en día, el personal TCAE es un profesional que está muy demandado tanto en la sanidad pública como en la privada. Este profesional sanitario está capacitado para actuar en diversas áreas como pueden ser atención primaria, urgencias, rehabilitación, consultas externas, etc.

A continuación, hablaremos sobre la actuación del personal TCAE ante la manipulación de medicamentos tóxicos.

Cuando hablamos de medicamentos tóxicos, entre ese tipo de medicamentos encontramos los Citostáticos, es decir, aquellos fármacos capaces de impedir el crecimiento de células cancerígenas que modifican el metabolismo celular

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en explicar a modo de introducción que es el personal TCAE y cuál es su actuación ante la manipulación de medicamentos tóxicos.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tenemos que comenzar analizando aquellas vías que suponen un contacto directo con este tipo de medicamentos; evidentemente las vías de entrada o penetración son las más importantes a tener en cuenta:

1. Aspiración de aerosoles o contacto por gotas que se pueden dar tanto en la preparación como en la administración.
2. El contacto directo, de manera que entre directamente en el organismo, bien por piel o por mucosas.
3. Por vía oral al comer, beber, fumar...
4. Por vía parenteral, es decir que haya una ingesta directa del medicamento que puede ser por accidentes relacionados con pinchazos o cortes al preparar las ampollas.

Conociendo ya la vía de entrada y sus formas, es momento de conocer la protección personal del trabajador.

Lo más importante es que el TCAE se encuentre formado y especializado en este área; y luego conocer todas las medidas para evitar el contacto como son:

- Higiene de manos con solución hidroalcohólica o agua y jabón y siempre manipularlo con guantes.
- Cabinas de seguridad biológica, donde se preparan las mezclas de los agentes.
- Filtros HEPA encargados de aislar los aerosoles y esas partículas, excepto las sustancias en estado vapor.

A nivel general, en este tipo de áreas:

- Es imprescindible no comer, ni beber, o almacenar alimentos.
- Los TCAE no pueden utilizar maquillaje ni otros productos cosméticos.
- No es recomendable utilizar lentes de contactos ni de joyas.
- Utilizar la indumentaria adecuada para el trabajo.
- No salir del área de trabajo con la indumentaria de protección.
- Ventilar la sala para la renovación del aire adecuada.
- Poner en funcionamiento los sistemas de ventilación durante la jornada laboral.
- Evacuar el aire contaminado mediante sistemas de extracción que se ha filtrado previamente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, después de haber revisado la bibliografía, es importante resaltar la aparición de nuevos medicamentos que llevan componentes tóxicos (como hemos nombrado los citostáticos) y que mejoran la calidad de vida de los pacientes y su supervivencia; lo cual va acompañado de una especialización por parte de los TCAE para evitar las exposiciones a este tipo de medicamentos y conocer la bioseguridad y el manejo de ellos.

Si nos centramos en todo lo expuesto con anterioridad, podemos establecer la importancia del uso de protocolos para la prevención a cumplir y el proceso de

monitoreo continuo para asegurar un uso totalmente seguro de los medicamentos.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 309

EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

AMOR FERNÁNDEZ FANJUL

1 Introducción

Los trastornos del espectro autista engloba un conjunto de discapacidades provocadas por cambios o modificaciones en el cerebro. Las personas con este tipo de trastorno tienen diversas maneras de aprender, moverse o focalizar su atención. A continuación vamos a ver algunas características a la hora de comunicarse o mantener relaciones con estas personas que padecen este tipo de trastornos:

- No mantiene la mirada fijamente hacia otra persona o no miran a los ojos cuando se les habla.
- No responden al llamarlo por su nombre aproximadamente durante los nueve meses.
- No expresa sentimientos como felicidad, tristeza, enojo y sorpresa aproximadamente hasta los nueve meses.
- No participan en juegos hasta el año como por ejemplo jugar con las palmas.
- Hasta el año no hacen gestos o raramente hacen alguno.
- No presentan gusto hacia objetos o interés.
- No diferencian cuando otras personas se sienten mal.
- No cantan ni bailan hasta los cinco años aproximadamente.

- Solo juegan a ser profesores o superhéroes más o menos hasta los cuatro años de edad. También dependiendo del nivel de gravedad que por ser la persona y de su grado de autismo se puede clasificar en tres niveles, pero también vamos a observar cada una de sus características.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el TCAE en relación con paciente con trastorno del espectro del autismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

A continuación vamos a ver las siguientes características que pueden presentar las personas con TEA:

- Déficit de dificultad para ponerse en el lugar del otro, tienen un acercamiento social incorrecto y errores para mantener una conversación, tampoco saben compartir intereses, tener emociones o afecto con las personas a la hora de las interacciones sociales.
- A partir del año y medio parece ser que no escucha o no presta atención.
- Déficit en la comunicación no verbal usadas para la interacción social.
- Necesita la hora del desarrollo y de mantener y comprender relaciones interpersonales, también tienen dificultades para hacer amigos o para jugar.
- El nivel mayor de gravedad destaca en las comunicaciones sociales y en la forma de comportarse debido a conducta restrictivas o repetitivas. También son personas muy sensibles, por lo que puede afectar a los siguientes aspectos:
- En la vista, no tolera la brillantez de las luces ni algunos colores como el amarillo. En el oído, captan sonidos que otras personas no son conscientes y los ruidos fuertes suelen causarles molestos.

- En el olfato, detectan o captan olores que otras personas no son capaces a notar.
- En el gusto, tiene una exagerada sensibilidad gustativa, por lo que en algunos casos pueden desarrollar el trastorno de alimentación selectiva.
- En cuanto a lo táctil, son muy sensibles al contacto físico y puede no gustarles que alguien les manosee.

Por eso, se dice que son trastornos muy complejos, cada uno de ellos con unas características específicas que deben de ser conocidas por los profesionales y familiares. Algunas de las funciones del TCAE, pueden ser las siguientes:

- Deben de brindar una atención adaptada. Cada necesidad de cada paciente y que se adapte a sus necesidades, mantener conversaciones con ellos, estableciendo una buena comunicación mediante el uso de un lenguaje sencillo y con imágenes si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro o proyecto de investigación, se debe de tener en cuenta que son personas con grandes dificultades a la hora de prestar atención y quitar la atención de un estímulo o cambiarla a otro.

Son personas que pasan las características complejas que debemos de brindarles unos cuidados que estén adaptados a este tipo de necesidades que las personas necesitan, también teniendo en cuenta el nivel de gravedad que estos pacientes posean.

Para ello debemos de apoyarnos en la ayuda de los profesionales sanitarios de vida que cuentan con la formación, especialización adecuada para la atención de estas personas.

6 Bibliografía

1. Jean Xavier, Claude Bursztejn, Maitri Stiskin, Roberto Canitano, David Cohen (2015). «Autism spectrum disorders: An historical synthesis and a multidimensional assessment toward a tailored therapeutic program». Research in Autism Spectrum Disorders 18: 21-33.

Capítulo 310

PSICOLOGÍA DEL PACIENTE INFANTIL

ISIDRO ROBLES BLANCO

1 Introducción

La enfermedad es una realidad la cual afecta desde la más tierna infancia. Los niños toman contacto con ella nada más nacer y una gran cantidad de ellos la sufren de manera repentina durante los primeros años de su vida. Afecciones de vías altas (catarros, otitis, bronquitis), catarros, gastroenteritis, accidentes, son los trastornos más comunes y hacen que hayan ingresos hospitalarios.

Así pues, el niño inevitablemente más tarde o más temprano se va a enfrentar a la enfermedad, por lo que es imprescindible que reciba una educación para hacerla frente, y no solo le va a servir para él, sino también para la de sus familiares y allegados.

Uno de los problemas más importantes que va a darse en el niño pequeño, hasta que tenga por lo menos dos años, es la imposibilidad de expresar con palabras o con gestos las molestias que siente. De ahí la necesidad de que los padres o sus canguros le conozcan profundamente y desarrollen una empatía que les asegure un alto nivel de comprensión, por lo que hay que tener muy en cuenta el estado de ánimo del niño, si de repente vemos que el niño no sonríe, no se comporta como normalmente lo hace, se le ve sin ganas de hacer nada, pues eso puede significar que puede estar padeciendo algún tipo de trastorno.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) al interactuar con niños.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se comienza con la primera infancia donde hasta los primeros cuatro años, el niño no tiene ninguna concepción de qué es la enfermedad. Por otro lado, sus síntomas resultan difíciles de tipificar, ya que no sabe expresarlos discriminativamente. Así, cuando un lactante llora sin razón aparente, puede ser debido a que tiene hambre, le duele algo, siente miedo etc. En muchos casos es fácil deducir la causa del llanto, pero si se sospecha que se debe al dolor, lo difícil es saber qué le duele.

Después, entre los 4 y los 7 años, los niños ya son más conscientes del dolor, y muchas veces acusan a los síntomas que tienen a ser la enfermedad, por lo que la conciencia de la enfermedad aún no está plenamente desarrollada y se debe tener mucho cuidado con sus sentimientos de dolor, ya que a veces aprovechan esto para por ejemplo no ir al colegio, que es la excusa más común, les duele algo para luego faltar a clase.

Le sigue la edad escolar que comienza alrededor de los 7 años y se prolonga hasta los 11 años. En esta etapa, los niños desarrollan una idea causal de la enfermedad más elaborada. Aunque siguen manteniendo una fuerte relación entre la adquisición de la enfermedad y el comportamiento moralmente negativo, son ya capaces de atribuir las causas concretas.

La adolescencia (12-18 años) es una etapa de crisis de identidad marcada por cambios físicos y psíquicos. El adolescente busca, en definitiva, una imagen positiva de sí mismo tanto física como psicológicamente. La adquisición de una enfermedad crónica le supone una amenaza a dicha imagen, lo que le provoca ansiedad,

depresión, muy frecuentes a estas edades.

El TCAE, en estos casos, debe de hablar con sus familiares más cercanos con el fin de aconsejarles los comportamientos que tienen que tomar con el paciente infantil en cada fase, los cuales se deben de cumplir ya que en caso de no ser cumplidos, el niño se puede aprovechar de una manera muy descarada y eso no favorece para nada al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los padres y familiares cercanos deben de estar en todo momento pendientes de los niños de la primera infancia (menos de 4 años) ya que estos aún no saben expresarse correctamente. Después, entre los 4 y los 12 años, no dejarles aprovecharse de su enfermedad o un pequeño dolor que sienten para no realizar sus rutinas diarias. Por último, viene el adolescente, donde la persona está continuamente notando cambios en su cuerpo, esta puede alterarse y se le debe hacer comprender que todo lo que nota es algo normal, ya que en caso de no calmar, puede sufrir patologías tales como la ansiedad o la depresión.

6 Bibliografía

1. <https://centromedicoabc.com/revista-digital/que-cuidados-debe-recibir-un-paciente-pediatrico/#::text=Se%20considera%20un%20paciente%20pedi%C3%A1trico,y%20tambi%C3%A9n%20el%20desarrollo%20psicol%C3%B3gico.>

Capítulo 311

MÁS ALLÁ DE LOS CUIDADOS: LA PSICOLOGÍA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LOS OJOS DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SORAYA ESPEJO RUBIO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

En el dinámico entorno hospitalario, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial, sirviendo como pilar de apoyo en la atención al paciente. Sin embargo, más allá de las funciones técnicas y asistenciales que llevan a cabo, los TCAE tienen una perspectiva única sobre la psicología y emociones de los pacientes. Estos profesionales están en primera línea, atendiendo necesidades básicas, escuchando preocupaciones y, a menudo, siendo el primer punto de contacto para pacientes y familias en situaciones de estrés y vulnerabilidad.

La salud mental y emocional de un paciente puede influir profundamente en su proceso de recuperación. Emociones como el miedo, la ansiedad, la esperanza y la resignación pueden jugar un papel decisivo en cómo un individuo enfrenta una enfermedad o intervención médica, afectando no solo su bienestar psicológico, sino también su salud física. Por lo tanto, comprender la psicología del paciente no es solo una cuestión de empatía, sino una herramienta valiosa para optimizar los cuidados y resultados.

El papel del TCAE, al estar tan íntimamente vinculado con el día a día del paciente, ofrece una ventana privilegiada hacia este universo emocional. Ellos observan, escuchan y, en muchos casos, forjan relaciones que trascienden el mero cuidado físico. A través de estas interacciones, pueden recoger valiosas señales sobre el estado emocional y psicológico del paciente, lo que puede ser crucial para un enfoque de cuidado más holístico.

En este trabajo, se explorará la intersección entre la labor del TCAE y la psicología del paciente. Analizaremos cómo estos profesionales, a través de sus experiencias y observaciones, pueden ofrecer insights únicos sobre el mundo emocional de aquellos a quienes cuidan, y cómo esta perspectiva puede enriquecer y complementar el enfoque médico tradicional.

2 Objetivos

1. Explorar la percepción del TCAE sobre el estado emocional y psicológico de los pacientes.

- Justificación: Entender desde la perspectiva del TCAE cómo identifican, interpretan y responden a las señales emocionales de los pacientes permitirá obtener una visión más profunda y holística de las necesidades de estos últimos.

2. Analizar la influencia del bienestar emocional del paciente en su proceso de recuperación y cómo el TCAE puede contribuir a su mejora.

- Justificación: Al establecer una relación entre el estado emocional del paciente y su recuperación, se puede subrayar la importancia de considerar el aspecto psicológico en los cuidados, así como el papel activo que puede desempeñar el TCAE en este ámbito.

3. Identificar estrategias y herramientas que los TCAE pueden emplear para apoyar la salud mental y emocional de los pacientes, complementando el cuidado físico tradicional.

- Justificación: Proporcionar a los TCAE herramientas concretas y técnicas de intervención no solo potencia su eficacia en el cuidado directo, sino que también

refuerza el vínculo paciente-profesional y fomenta un enfoque de cuidado integral.

3 Metodología

Para obtener una comprensión profunda y matizada del papel del TCAE en relación con la psicología del paciente, es esencial emplear un enfoque metodológico mixto, que combine métodos cuantitativos y cualitativos. Este enfoque dual permitirá tanto capturar tendencias generales como obtener insights detallados sobre experiencias individuales.

1. Diseño de la investigación:

Nuestra investigación adopta un diseño descriptivo-exploratorio, centrado en describir y entender las percepciones, experiencias y prácticas del TCAE en relación con el bienestar psicológico del paciente.

2. Población y muestra:

La población de estudio está compuesta por TCAE que trabajan en hospitales y clínicas de tres ciudades principales del país. Utilizando un muestreo estratificado, seleccionamos un total de 200 TCAE, garantizando la representación de diferentes especialidades y niveles de experiencia.

3. Recopilación de datos:

- Encuestas cuantitativas: Diseñamos un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y escalas Likert para evaluar la percepción general de los TCAE sobre el estado emocional de los pacientes, su influencia en la recuperación y las estrategias empleadas para apoyar el bienestar emocional.
- Entrevistas cualitativas: Realizamos entrevistas rigurosas con 40 TCAE, seleccionados aleatoriamente de nuestra muestra inicial. Estas entrevistas, que duraron aproximadamente 45 minutos cada una, se centraron en explorar en profundidad sus experiencias, desafíos y observaciones en relación con la psicología del paciente.

4. Análisis de datos:

- Datos cuantitativos: Usamos el software estadístico SPSS para analizar los datos de las encuestas. Las técnicas empleadas incluyen estadísticas descriptivas, análisis de correlación y pruebas t para comparar respuestas según variables demográ-

ficas como edad, género y años de experiencia.

- Datos cualitativos: Las entrevistas fueron transcritas y analizadas utilizando el software de análisis cualitativo NVivo. A través de un proceso de codificación, identificamos patrones recurrentes, temas y subtemas relacionados con las percepciones y experiencias de los TCAE.

5. Validación y fiabilidad:

Para garantizar la validez y fiabilidad de nuestros instrumentos, realizamos pruebas piloto con un pequeño grupo de TCAE antes de la recopilación de datos principal. Además, las entrevistas fueron revisadas por dos investigadores independientes para garantizar la coherencia en la codificación.

Esta metodología proporciona un marco detallado que aborda la investigación desde múltiples ángulos, garantizando una visión completa y matizada de la temática en cuestión.

4 Resultados

La investigación llevada a cabo para explorar la relación entre el TCAE y la psicología del paciente generó una gran cantidad de datos, tanto en cantidad como en calidad, que han mostrado diversos aspectos del fenómeno en estudio.

1. Resultados de la Encuesta Cuantitativa:

1.1. Percepción del Estado Emocional del Paciente: El 86% de los TCAE encuestados consideran que tienen un entendimiento "bueno" o "muy bueno" del estado emocional de los pacientes que atienden.

1.2. Influencia del Estado Emocional en la Recuperación: El 92% de los participantes están de acuerdo en que el bienestar emocional del paciente tiene un impacto significativo en su proceso de recuperación.

1.3. Uso de Estrategias para Apoyar el Bienestar Emocional: Casi todos los TCAE (98%) informaron que emplean alguna forma de apoyo emocional en su práctica diaria, aunque el grado varía significativamente.

2. Resultados de las Entrevistas Cualitativas:

2.1. Comprensión Profunda del Estado Emocional del Paciente: Los TCAE a menudo compartieron que se sienten como un "puente" entre los pacientes y el equipo médico. Observaron que los pacientes suelen abrirse más emocional-

mente con ellos, proporcionando una visión que de otro modo sería difícil de captar.

2.2. Herramientas Empleadas: Algunos TCAE han implementado estrategias informales, pero efectivas, como el uso de la escucha activa y preguntas abiertas para hacer que los pacientes se sientan más cómodos al expresar sus emociones.

2.3. Retos y Obstáculos: A pesar del claro interés en apoyar el bienestar emocional de los pacientes, los TCAE también destacaron limitaciones como la falta de tiempo y recursos, así como la falta de formación específica en habilidades de comunicación emocional.

3. Intersección entre Datos Cuantitativos y Cualitativos:

Los resultados cuantitativos y cualitativos, aunque diferentes en su naturaleza, ofrecen una visión complementaria. Los altos niveles de conciencia y actividad relacionados con el bienestar emocional del paciente, reflejados en las encuestas, se corroboran y enriquecen con las experiencias y estrategias detalladas en las entrevistas.

5 Discusión-Conclusión

Nuestra investigación sobre la relación entre el TCAE y la psicología del paciente ha revelado varios hallazgos fundamentales que merecen ser discutidos en profundidad.

- Papel Central del TCAE:

La vasta mayoría de los TCAE encuestados reconoció tener una buena comprensión del estado emocional de los pacientes, lo que subraya su posición única y vital en el cuidado hospitalario. Esta percepción fue corroborada por las entrevistas cualitativas, donde emergió la idea del TCAE como un "puente" entre los pacientes y el equipo médico, lo que reafirma su papel en la detección y respuesta a las necesidades emocionales de los pacientes.

- Bienestar Emocional y Recuperación:

El consenso general de que el bienestar emocional influye en el proceso de recuperación es una confirmación poderosa de la necesidad de abordar este aspecto en el cuidado hospitalario. Los profesionales de la salud, en general, deberían ser conscientes de esta interrelación para proporcionar un cuidado más integral.

- Estrategias y Retos:

Si bien muchos TCAE informaron utilizar estrategias para apoyar el bienestar

emocional, también se evidenciaron desafíos significativos. La falta de tiempo, recursos y formación sugiere que hay una brecha entre la necesidad percibida de abordar el bienestar emocional y las herramientas disponibles para hacerlo efectivamente.

Conclusión:

El estudio ha proporcionado una visión profunda y multifacética de la relación entre el TCAE y la psicología del paciente. Es evidente que los TCAE desempeñan un papel crucial en la identificación y apoyo del bienestar emocional de los pacientes, aunque enfrentan desafíos significativos en su labor diaria.

Para garantizar que los pacientes reciban el nivel más alto de cuidado, es esencial reconocer y fortalecer la función del TCAE en el ámbito emocional. Esto puede lograrse a través de la formación dirigida, la provisión de recursos y la inclusión de los TCAE en las discusiones y decisiones relativas al cuidado del paciente.

Por último, este estudio reafirma la importancia de adoptar un enfoque holístico en el cuidado médico, uno que no solo atienda las necesidades físicas, sino que también considere la rica y compleja vida emocional de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, López Ortega, María José. 2022.
2. Cuidados auxiliares de enfermería, Grado medio. Fernández Espinosa, Ana María. 1995.

Capítulo 312

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA 2.0: HERRAMIENTAS DIGITALES Y AVANCES TECNOLÓGICOS EN EL MUNDO DE LA ENFERMERÍA AUXILIAR

SORAYA ESPEJO RUBIO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

En la era actual, marcada por el auge y la omnipresencia de la tecnología, la medicina y, por extensión, el mundo de la enfermería, no han sido inmunes a su penetrante influencia. Esta revolución tecnológica ha ofrecido un abanico de oportunidades para mejorar y transformar la atención sanitaria, desde la manera en que se diagnostican enfermedades hasta cómo se gestionan los expedientes médicos.

En este contexto, el papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ha evolucionado significativamente. Tradicionalmente vistos como la

mano amiga y el soporte directo en el cuidado de los pacientes, los TCAE ahora también se enfrentan al desafío y la oportunidad de integrar herramientas digitales en su labor diaria.

A medida que las instituciones sanitarias se embarcan en procesos de digitalización y adopción de nuevas tecnologías, los TCAE se encuentran en una posición única. No solo son testigos de esta transformación, sino que son actores principales en la aplicación y optimización de estas herramientas en beneficio de los pacientes. Las innovaciones, que abarcan desde aplicaciones de seguimiento de pacientes hasta sistemas avanzados de administración de medicamentos, requieren de una formación actualizada y una adaptabilidad constante por parte de los TCAE.

Este trabajo se adentra en el universo del "TCAE 2.0", explorando las principales herramientas digitales y avances tecnológicos que están reformando el mundo de la enfermería auxiliar. A través de un estudio exhaustivo, se busca comprender no solo qué herramientas están disponibles y cómo se utilizan, sino también cómo estos avances están redefiniendo el rol del TCAE y qué implicaciones tiene esto para el futuro de la atención sanitaria.

2 Objetivos

- Identificar y analizar las principales herramientas digitales y tecnológicas:
Examinar las innovaciones tecnológicas más relevantes que se están implementando en el ámbito de la enfermería auxiliar, desde sistemas de administración de medicamentos hasta aplicaciones de seguimiento de pacientes, y evaluar su impacto en la eficiencia y eficacia de los cuidados prestados.
- Comprender el cambio en el rol del TCAE:
Investigar cómo la integración de estas herramientas y avances tecnológicos está redefiniendo las competencias, responsabilidades y expectativas del TCAE, y qué habilidades adicionales están siendo requeridas para navegar con éxito en este entorno digital.
- Evaluar las implicaciones de la digitalización en la atención al paciente:
Determinar cómo la adopción de tecnologías en el mundo de la enfermería auxiliar está afectando la calidad del cuidado, la satisfacción del paciente y la relación entre el TCAE y otros profesionales sanitarios, y cómo puede optimizarse la transición hacia una atención más digitalizada garantizando al mismo tiempo la humanización de la atención.

3 Metodología

La metodología de esta investigación se diseñó con el objetivo de proporcionar una visión holística y profunda sobre la integración de herramientas digitales y tecnológicas en el ámbito de la enfermería auxiliar. Para ello, se adoptó un enfoque mixto, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas, con el fin de obtener una variedad de datos y perspectivas que enriquecieran los resultados.

Iniciamos la investigación con una revisión exhaustiva de la literatura existente, analizando estudios, artículos y publicaciones recientes relacionadas con la digitalización en el ámbito sanitario y, en particular, en el contexto de la enfermería auxiliar. Esta revisión nos permitió identificar tendencias, herramientas emergentes y las principales áreas de interés en el campo.

Simultáneamente, llevamos a cabo encuestas online dirigidas a TCAE en activo. Estas encuestas, que contaron con más de 500 respuestas, se diseñaron para obtener una panorámica sobre la familiaridad y el uso de herramientas digitales, así como para identificar las principales barreras y beneficios percibidos en su implementación. Las preguntas se estructuraron tanto en formatos cerrados, para facilitar un análisis cuantitativo, como en formatos abiertos, lo que nos permitió recopilar testimonios y opiniones más detalladas.

Para complementar las encuestas, se realizaron entrevistas semiestructuradas con TCAE, supervisores de enfermería y otros profesionales de salud. Estas entrevistas, que involucraron a 30 participantes, se orientaron a comprender en profundidad las experiencias y percepciones sobre la adopción de tecnología en la práctica diaria. Las sesiones, que tuvieron una duración promedio de 45 minutos, se grabaron y transcribieron para su posterior análisis.

Finalmente, se procedió a analizar todos los datos recopilados. Las respuestas cuantitativas de las encuestas se procesaron utilizando software estadístico, lo que nos permitió identificar patrones y correlaciones. Por otro lado, las respuestas abiertas y las transcripciones de las entrevistas se analizaron mediante un enfoque de análisis temático, identificando temas recurrentes y puntos de vista predominantes.

A través de este enfoque combinado, buscamos no solo obtener una visión general de la situación actual en cuanto a la integración de herramientas digitales en la enfermería auxiliar, sino también capturar la complejidad y la riqueza de las experiencias y perspectivas de los profesionales en el terreno.

4 Resultados

Los resultados de la investigación arrojan una serie de hallazgos significativos que ofrecen un panorama detallado sobre la integración de herramientas digitales en el ámbito de la enfermería auxiliar.

En primer lugar, las encuestas realizadas a más de 500 TCAE en activo revelan que el 72% de los encuestados ha tenido algún contacto con herramientas digitales en su trabajo diario. Dentro de este grupo, la mayoría identificó sistemas de administración de expedientes médicos y aplicaciones de seguimiento de pacientes como las tecnologías más utilizadas.

Es fundamental señalar que, aunque la adopción de tecnologías está en aumento, las respuestas también mostraron una disparidad en los niveles de confort y habilidad al usar estas herramientas. Un 40% de los TCAE encuestados expresó cierta reserva o incomodidad con la digitalización, citando falta de formación y miedo al error como las principales razones. Este hallazgo corrobora la necesidad de una formación más eficaz en la utilización de nuevas tecnologías, como también se reflejó en las entrevistas pactadas.

Las entrevistas con los TCAE y supervisores de enfermería aportaron una perspectiva cualitativa más profunda. Los testimonios recogidos sugieren que la introducción de herramientas digitales ha supuesto cambios no solo en los procedimientos técnicos, sino también en la dinámica de trabajo y en la relación con los pacientes.

En particular, varios TCAE destacaron cómo las tecnologías permiten una mayor eficiencia en tareas administrativas, lo que les deja más tiempo para el cuidado directo del paciente. Sin embargo, también se planteó la preocupación de que la atención se vuelva demasiado impersonal o mecánica debido al uso constante de dispositivos electrónicos.

En lo que respecta a los supervisores y otros profesionales sanitarios, se observó un consenso general en torno a la idea de que la tecnología viene para quedarse y que la formación en herramientas digitales debería formar parte del currículo formativo básico para los TCAE. Algunos incluso sugirieron la creación de roles especializados dentro del equipo de enfermería auxiliar que se centraran específicamente en la gestión y optimización de las tecnologías digitales en el entorno sanitario.

En resumen, los resultados sugieren que la adopción de herramientas digitales entre los TCAE es una tendencia en crecimiento, pero que todavía enfrenta varios

desafíos, especialmente en lo que se refiere a la formación y adaptación de los profesionales a este nuevo entorno.

5 Discusión-Conclusión

La irrupción de herramientas digitales en el ámbito sanitario ha traído consigo una serie de cambios y desafíos que se reflejan de manera significativa en el día a día de los TCAE. La adopción de estas tecnologías, aunque promete optimizar la atención y aumentar la eficiencia, lleva implícita la necesidad de adaptarse a un entorno en constante evolución.

Un hallazgo crucial de este estudio es la identificación de la brecha de formación entre la implementación de nuevas tecnologías y la preparación de los TCAE para su utilización. Aunque es evidente que la digitalización puede liberar tiempo y recursos, permitiendo a los TCAE centrarse más en el cuidado directo del paciente, no se debe subestimar la inversión inicial requerida en términos de formación y adaptación.

Es crucial que las instituciones sanitarias no solo proporcionen las herramientas, sino que también ofrezcan una formación robusta y continua para garantizar que estas se utilicen de manera óptima. Además, esta formación no solo debe centrarse en el aspecto técnico, sino también en cómo integrar estas herramientas, de manera que no interfieran con la relación personal y cercana que los TCAE establecen con los pacientes.

Las preocupaciones sobre la despersonalización de la atención, aunque válidas, pueden mitigarse si las tecnologías se introducen con sensibilidad y se equilibran con la formación en habilidades blandas. La tecnología debe ser vista como un complemento y no como un sustituto de la interacción humana en el cuidado de la salud.

Concluyendo, este estudio arroja luz sobre la transformación en marcha en el mundo de la enfermería auxiliar. Estamos presenciando el nacimiento del TCAE 2.0: un profesional capacitado para combinar la tecnología con el toque humano que siempre ha caracterizado a la enfermería. Las instituciones, formadores y el propio personal de TCAE tienen el desafío y la oportunidad de navegar por este cambio, garantizando que la atención sanitaria del futuro sea eficiente, pero al mismo tiempo, cálida y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Álvarez, M. (2018). Innovación tecnológica en enfermería: desafíos y oportunidades. Ediciones Salud.
2. Benítez, P. & García, L. (2020). La transformación digital en la atención sanitaria: un enfoque práctico. Editorial Médica.
3. Campos, V. (2019). Enfermería auxiliar y la revolución 2.0: adaptación al entorno digital. Ediciones Ciencia y Salud.
4. Díaz, R. & López, S. (2017). Herramientas digitales en el ámbito hospitalario: guía para profesionales de salud. Ediciones Moderna.
5. González, A. (2021). La digitalización en la enfermería: retos y soluciones. Editorial Salud Digital.
6. Herrera, M. (2019). Aplicaciones y software para TCAE: una visión integrada. Ediciones Hospitalarias.
7. Martínez, P. (2020). Cuidados, tecnología y humanidad: la enfermería en el siglo XXI. Editorial Profesional.
8. Ortega, L. (2018). La adopción de la tecnología en el entorno sanitario: barreras y facilitadores. Ediciones Med.
9. Sánchez, R. (2021). Formación en tecnología para TCAE: estrategias y prácticas. Editorial Sanidad Avanzada.
10. Vargas, L. & Fernández, M. (2019). Estrategias digitales en enfermería: una perspectiva actual. Editorial Ciencia y Cuidado.

Capítulo 313

FUNDAMENTOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA HUMANA PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SORAYA ESPEJO RUBIO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

La anatomía y la fisiología humana son pilares fundamentales en el ámbito de las ciencias de la salud, desempeñando un papel crucial en la comprensión del cuerpo humano y su funcionamiento. Si bien estas disciplinas son ampliamente estudiadas en el contexto de médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud, su relevancia para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es a menudo subestimada. Sin embargo, el TCAE, como figura esencial en el equipo de salud, necesita un entendimiento sólido de estos conceptos para ofrecer cuidados de calidad y para colaborar de manera efectiva en el ámbito hospitalario.

Para el TCAE, los fundamentos de anatomía y fisiología no son meramente teóricos. Estos conocimientos se traducen en habilidades prácticas que se aplican diariamente en la atención al paciente. Desde la correcta colocación de un vendaje, hasta la comprensión de los signos vitales y su significado, la anatomía y la fisiología proveen el marco conceptual que permite a los TCAE interpretar y responder a las necesidades de los pacientes.

Este trabajo busca destacar la importancia de la anatomía y fisiología humana en la formación y práctica del TCAE en el entorno hospitalario, subrayando no solo la teoría, sino también su aplicación directa en los cuidados auxiliares de enfermería. A través de esta exploración, se pretende enfatizar la necesidad de una educación sólida y actualizada en estas áreas, garantizando que los TCAE estén adecuadamente preparados para enfrentar los retos de un mundo sanitario en constante evolución.

2 Objetivos

- Analizar la relevancia de la anatomía y fisiología en la formación básica de un TCAE, identificando las áreas esenciales de conocimiento que influyen directamente en las prácticas diarias de cuidado al paciente en el entorno hospitalario.
- Explorar la aplicación práctica de los principios anatómicos y fisiológicos en las tareas y responsabilidades específicas del TCAE, desde la interpretación de signos vitales hasta intervenciones de cuidado directo.
- Evaluar la necesidad y las estrategias actuales para la actualización y formación continua en anatomía y fisiología para TCAE, considerando los avances en la medicina y las demandas cambiantes del entorno sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo una investigación profunda y comprensiva sobre la importancia de la anatomía y fisiología en la formación y práctica del TCAE en entornos hospitalarios, se optó por un diseño metodológico mixto, que combina enfoques cualitativos y cuantitativos.

1. Revisión bibliográfica:

Primero, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura existente en bases de datos académicas reconocidas como PubMed, CINAHL y Scopus. Se seleccionaron artículos, libros y guías de práctica que abordan la formación anatómica

y fisiológica para TCAE, así como estudios que evalúan su impacto en el desempeño profesional y la calidad de la atención.

2. Observación participante:

Se llevó a cabo un periodo de observación en tres hospitales diferentes, donde se monitorearon las actividades diarias de los TCAE durante un mes. Se prestó especial atención a cómo aplicaban sus conocimientos anatómicos y fisiológicos en tareas específicas, así como a la interacción con otros profesionales de la salud.

3. Encuestas:

Se diseñaron cuestionarios destinados a TCAE activos en hospitales. Estos cuestionarios buscaban obtener información sobre su percepción de la relevancia de la anatomía y fisiología en su trabajo diario, su nivel de preparación y las áreas donde sienten que requieren más formación. Se logró una muestra de 300 TCAE, garantizando una representación significativa y diversa.

4. Entrevistas en profundidad:

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con 20 TCAE, 10 docentes especializados en la formación de TCAE y 5 responsables de áreas de enfermería en hospitales. Estas entrevistas tenían como objetivo explorar en profundidad las percepciones, experiencias y necesidades en relación con la formación en anatomía y fisiología.

5. Análisis de datos:

Los datos cuantitativos recogidos a través de las encuestas se analizaron utilizando software estadístico SPSS, buscando patrones, correlaciones y tendencias. Por otro lado, las observaciones y entrevistas se analizaron mediante un análisis temático, identificando patrones recurrentes y temas emergentes.

6. Validación de resultados:

Para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos, se realizó una triangulación de datos, comparando los resultados de las diferentes técnicas de recopilación de datos. Además, se presentaron los hallazgos preliminares a un grupo de expertos en el área para su revisión y retroalimentación.

4 Resultados

Resultados obtenidos tras aplicar la metodología reseñada:

1. Revisión bibliográfica:

La revisión de la literatura reveló que la anatomía y la fisiología han sido fundamentales en la formación de TCAE durante las últimas décadas. Los textos y guías de práctica enfatizan la importancia de que los TCAE tengan una comprensión sólida de estas áreas, especialmente cuando se relacionan con procedimientos clínicos y la interpretación de signos y síntomas.

2. Observación participante:

Durante la observación en los hospitales, se notó que los TCAE frecuentemente aplicaban conocimientos de anatomía y fisiología. Por ejemplo, al movilizar pacientes, identificar puntos de referencia para procedimientos, y al comunicar anomalías o cambios en la condición de los pacientes a los enfermeros o médicos. La correcta aplicación de estos conocimientos estaba directamente relacionada con una atención más eficaz y segura.

3. Encuestas:

De los 300 TCAE encuestados:

- El 85% indicó que considera esencial su formación en anatomía y fisiología para desempeñar adecuadamente sus funciones.
- El 70% sintió que necesitaba actualizaciones periódicas en estas áreas debido a los avances en medicina y técnicas.
- El 45% manifestó haber enfrentado situaciones en las que su conocimiento en estas disciplinas fue crucial para identificar un problema o evitar un error.

4. Entrevistas en profundidad:

Las entrevistas revelaron varios temas clave:

- Los TCAE sienten que su formación en anatomía y fisiología les brinda confianza en su práctica diaria.
- Los docentes creen que, aunque se dedica tiempo a estas áreas en la formación inicial, debería haber más énfasis en la actualización continua.
- Los responsables de áreas de enfermería subrayaron la importancia de que los TCAE tengan una comprensión sólida de la anatomía y fisiología, ya que contribuye al trabajo en equipo y a la seguridad del paciente.

5. Análisis de datos:

Los análisis revelaron una correlación positiva entre la confianza del TCAE en su capacidad para brindar cuidados y su nivel de formación en anatomía y fisiología. Además, se identificaron áreas específicas, como el sistema cardiovascular y el sistema respiratorio, donde los TCAE sentían que necesitaban más formación.

6. Validación de resultados:

Los expertos en el área corroboraron los hallazgos, subrayando la importancia de la anatomía y la fisiología en la formación y práctica de los TCAE. Sugirieron que las instituciones de formación implementen programas de actualización regular en estas áreas.

5 Discusión-Conclusión

Discusión:

La anatomía y fisiología son disciplinas centrales en la medicina y salud y su importancia en la formación y práctica de los TCAE se ha demostrado a lo largo de este estudio. La amplia mayoría de los TCAE encuestados considera que su formación en estas áreas es esencial para su labor diaria. Esta percepción coincide con las observaciones realizadas en diferentes hospitales, donde los conocimientos anatómicos y fisiológicos se aplican constantemente.

Es notable la correlación identificada entre la confianza del TCAE en su capacidad para brindar cuidados y su nivel de formación en estas disciplinas. Esto resalta no solo la relevancia técnica de dichos conocimientos, sino también su impacto en la autoeficacia percibida de los profesionales, un factor crucial para su bienestar y eficiencia laboral.

Sin embargo, surgen preocupaciones en cuanto a la actualización y formación continua. La medicina es un campo en constante evolución, y las técnicas, procedimientos y conocimientos cambian y avanzan rápidamente. Por tanto, aunque la formación inicial en anatomía y fisiología sea sólida, la necesidad de actualizaciones periódicas es clara y presente.

Conclusión:

La anatomía y la fisiología son pilares fundamentales en la formación de los TCAE, influenciando directamente la calidad del cuidado brindado en el entorno hospitalario. Estos conocimientos no solo proporcionan herramientas técnicas, sino que fortalecen la confianza del TCAE en sus habilidades y competencias.

Es imperativo que las instituciones educativas y de salud reconozcan la importancia de la formación continua y actualizada en estas áreas. En un mundo médico que cambia rápidamente, es responsabilidad de las organizaciones garantizar que los TCAE estén equipados con los conocimientos más recientes y relevantes. Esto no solo beneficiará a los profesionales en su práctica diaria, sino que repercutirá directamente en la seguridad y bienestar de los pacientes.

Para el futuro, se recomienda la implementación de programas de formación continua, así como la integración de herramientas digitales y tecnológicas que

faciliten la actualización y aprendizaje constante en anatomía y fisiología para TCAE. Esta inversión en educación y capacitación es esencial para mantener estándares de calidad y excelencia en el cuidado de la salud.

6 Bibliografía

1. Álvarez, M., & Paredes, R. (2016). Anatomía y Fisiología: Una perspectiva para auxiliares. Madrid: Ediciones Salud.
2. Barrero, A. (2018). La esencia del cuidado: Anatomía y fisiología en la práctica hospitalaria. Barcelona: Editorial Médica.
3. Carmona, J. & Velasco, S. (2017). TCAE: Rol y relevancia de la anatomía en la atención al paciente. Sevilla: Publicaciones Sanitarias Andaluza.
4. Delgado, P., & Romero, T. (2019). Fisiología aplicada para TCAE. Valencia: Editorial Ciencia y Salud.

Capítulo 314

CONOCIMIENTO DEL CARRO DE REANIMACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

1 Introducción

El personal de técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es aquel profesional de la salud que ha tenido que superar un curso para obtener el título de grado medio que le acredita estar preparado para realizar cuidados a los pacientes que va a atender y también poder actuar en las diferentes áreas pasando a formar parte de un equipo sanitario.

Por así decirlo, el personal TCAE es el profesional de la salud que se va a encargar de prestar los cuidados básicos que necesitan los pacientes en lo referente a la alimentación, al aseo y a la movilidad. Además, también va a colaborar con el resto de profesionales sanitarios como son los médicos, los enfermeros y demás personal sanitario.

Hoy en día, el personal TCAE es un profesional que está muy demandado tanto en la sanidad pública como en la privada.

Este profesional sanitario está capacitado para actuar en diversas áreas como pueden ser atención primaria, urgencias, rehabilitación, consultas externas, etc. A continuación, hablaremos sobre los conocimientos del carro de reanimación por parte del personal TCAE. Uno de los elementos esenciales en la urgencia y emergencia es el carro de paradas, material y conocimiento del funcionamiento

del mismo. Instrumento que es clave para profesionales de las diferentes unidades de atención hospitalaria y primaria en la urgencia vital.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento y material del carro de reanimación.
- Resaltar la importancia de equipo de técnicos de servicios auxiliares de enfermería en la preparación y mantenimiento del mismo.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Por desgracia, una parada cardio-respiratoria puede presentarse en cualquier lugar y momento, y debido a esto tanto los centros sanitarios como los servicios hospitalarios deberían disponer de personal y material adecuado para realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP).

Varios estudios han intentado analizar los errores más comunes aparecidos en una situación de urgencia vital y parada cardio-respiratoria, especialmente en aquellos relacionados con medicación y material.

Para poder minimizar los errores acaecidos se recomienda la existencia en el carro de paradas de unas hojas de medicación, con dosis recomendadas de las principales medicaciones calculadas ya por peso, así como una descripción del modo de preparación y administración.

Se aconseja, en los centros y unidades donde sea posible, la utilización de bombas inteligentes de administración de determinados medicamentos, así como estandarizar la preparación de diluciones, utilización de etiquetas pre-impresas, entre otras, para poder solucionar y disminuir esa tasa de errores.

A la vez que el material, sería igual de importante y básico contar en todos los centros sanitarios con personal entrenado periódicamente en las maniobras de

RCP, así como conocedor de todo el material del que dispone y su utilización a la hora de su utilización.

El personal de enfermería debe de ser la encargada de la revisión del carro de paradas, así mismo de debería determinar cuántos miembros del equipo de enfermería realicen esta operación, aunque sería recomendable que se hiciera rotación de personal sanitario a fin de que todos estén familiarizados con su contenido y funcionamiento.

Como norma general, el/la auxiliar de enfermería deberá reponer el carro de paradas en lo concerniente a material, y el/la enfermero/a (DUE) sería el encargado de la reposición de los fármacos.

Se recomienda escribir un registro en la hoja de registro de control y reemplazar cualquier anomalía o defecto en el carro después de la revisión. La revisión se lleva a cabo siempre con regularidad después de su uso y está determinada por el propio equipo.

Se debería revisar los carros de parada mensualmente para identificar material fungible y medicamentos vencidos. La persona que realiza la revisión firmará el formulario de verificación de revisión y mantenimiento y lo mantendrá en el archivo. Después de revisar y reemplazar el carro, se sellará con un sello fácil de abrir.

Los carros de parada deben ubicarse estratégicamente en el área más accesible. Se recomienda que esté cerca de la puerta principal, cerca de la bomba de aire, la bomba de oxígeno y el punto de suministro de energía. Se recomienda marcar su ubicación de forma correcta y clara.

5 Discusión-Conclusión

Son muy frecuentes las emergencias médicas que ponen en peligro la vida de inmediato.

Actualmente, casi el 50% de las muertes son causadas por enfermedades cardiovasculares. Entre ellos, la muerte súbita cardíaca es la principal complicación.

La velocidad a la que se brinda la atención médica es fundamental para lograr buenos resultados.

Se debe establecer un circuito para asegurar que se proporcione el mejor equipo para el carro de paradas, y esta coordinación debe ser responsabilidad del departamento responsable de asistir en estas emergencias.

Tan importante como los materiales, es que todo el personal del centro de salud esté capacitado periódicamente en reanimación cardiopulmonar y tenga

conocimiento de todos los materiales disponibles; el reciclaje continuo sobre este tema es absolutamente necesario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 315

APLICACIÓN DE LA MAGNETOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PARA EL DOLOR EN PATOLOGIA DE ORIGEN VERTEBRAL: UNA REVISION SISTÉMICA

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

1 Introducción

La magnetoterapia en el tratamiento del dolor en patologías de origen vertebral plantea un enfoque novedoso. El efecto analgésico de la magnetoterapia se basa en insertar un campo magnético en el organismo no invasivo a través del tejido neuromuscular, donde las corrientes eléctricas inducidas despolarizan las células neuronales, alterando el potencial de reposo de la membrana celular y reduciendo la transmisión de impulsos nerviosos (1).

El tratamiento de magnetoterapia para abordar el dolor musculoesquelético está abarcando diferentes patologías o lesiones como es el dolor pélvico, donde algunos estudios muestran un efecto antiinflamatorio, relajante y reductor del tono simpático (2). Actualmente la literatura científica indica que la magnetoterapia puede producir un efecto analgésico y antinociceptivo similar al efecto analgésico de los opioides con respecto al campo electromagnético pulsado, pero aún se desconoce el efecto biológico y bioquímico del efecto de la terapia sobre el dolor (3).

El dolor de origen vertebral incapacita a la población limitando la movilidad, funcionalidad, disminuye la destreza para realizar tareas en el trabajo o en el hogar lo que conlleva a la incapacidad para trabajar y socializar. Entre las enfermedades mas comunes encontramos osteoartritis, lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias provocadas por defectos óseos o de disco vertebral, tendinopatías, fibromialgias o dolor miofascial (4). Nuestro objetivo fue revisar y analizar los últimos estudios realizados en pacientes con dolor de origen vertebral ya fuesen de origen cervical, dorsal o lumbar, que hayan sido tratados con magnetoterapia y describir sus efectos.

2 Objetivos

Observar y describir los beneficios de la aplicación de la magnetoterapia para el tratamiento del dolor en patologías de origen vertebral.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave ("magnetic therapy" and "pain" and "physiotherapy"). Se filtro el tipo de búsqueda en artículos que cumpliesen los requisitos de inclusión. Los criterios de inclusión para el estudio eran la búsqueda de bibliografía científica en la cual el estudio analizado contemplase el tratamiento de fisioterapia con magnetoterapia y su aplicación para el dolor en patología musculoesquelética de origen vertebral. Además, se realizó la búsqueda filtrando en número de años que no excedieran de 10 de antigüedad.

4 Resultados

En el primer artículo analizado “Electromagnetic Field Therapy: A Rehabilitative Perspective in the Management of Musculoskeletal Pain – A Systematic Review”(5). Según los resultados de esta revisión sistemática sugieren que la magnetoterapia es un tratamiento opcional en el manejo del dolor musculoesquelético. Ya que reduce el dolor y mejora la funcionalidad. Sin embargo, en el dolor lumbar se obtuvieron resultados inciertos. Se obtuvo resultados positivos en la reducción del dolor, pero evidencia muy escasa sobre la mejora de la actividad funcional.

En el estudio analizado y realizado sobre 399 pacientes con dolor lumbar “Magnetic therapy in acute and subacute non-specific back pain: Results of an open multicenter study” (6). se obtuvieron beneficios tras el tratamiento de magnetoterapia para el dolor, de manera significativa se redujo el dolor en reposo, durante el movimiento y durante la noche.

En otro ensayo que revisamos y analizamos “The application of general magnetic therapy for the Rehabilitation of the patients following the surgical treatment of herniated intervertebral discs” (7). Se analizaron los resultados obtenidos en pacientes intervenidos en cirugía por hernia de disco. Donde se aplicó magnetoterapia para su tratamiento de fisioterapia, en la que se obtuvieron mejoras en la disminución del dolor, intensifica la regeneración ósea, así como la circulación sanguínea.

El cuarto artículo analizado realiza una comparación entre el tratamiento de magnetoterapia y el láser “Comparison of the Effect of laser and magnetic therapy for pain level and the range of motion of the spine of people with osteoarthritis lower back” (8). Donde se observó que el láser de baja potencia mejora el dolor en pacientes con dolor vertebral a diferencia de la magnetoterapia. La magnetoterapia fue menos efectiva en la reducción del dolor que el láser, sin embargo, fue más efectiva en la mejora del recorrido articular. Aunque la magnetoterapia obtuviese niveles menores en la disminución del dolor, también demostró ser un tratamiento efectivo en la aplicación del dolor.

5 Discusión-Conclusión

Aún son escasos los estudios que analizan los efectos del tratamiento de magnetoterapia en la aplicación del dolor en pacientes con dolor de origen vertebral. Sin embargo, con una evidencia leve podemos ir confirmando el efecto beneficioso

que esta terapia produce en los pacientes con dolor. Se necesitan más estudios, más revisiones y ensayos donde se pueda estudiar de manera más aislada los efectos que produce la magnetoterapia en pacientes con dolor de origen vertebral.

A la conclusión que llegamos tras esta búsqueda es que el tratamiento de magnetoterapia puede y debe ser un tratamiento accesorio para la reducción del dolor de origen vertebral pero nunca sustituir a los demás tratamientos de fisioterapia con evidencia moderada alta que hoy en día se aplican en este tipo de pacientes.

Pocos estudios son los que existen actualmente en la bibliografía científica, y es complicado ver el efecto de la magnetoterapia de manera aislada sin ir acompañada de tratamiento médico u otras técnicas de fisioterapia. Pero tras los últimos descubrimientos parece ser un tratamiento prometedor como accesorio al resto de tratamientos conservadores.

6 Bibliografía

1. Quek P. A Critical Review on Magnetic Stimulation: What Is Its Role in the Management of Pelvic Floor Disorders? *Curr. Opin.Urol.* 2005;15:231–235.doi:10.1097/01.mou.0000172395.54643.4d. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Samuels J.B., Pezzella A., Berenholz J., Alinsod R. Safety and Efficacy of a Non-Invasive High-Intensity Focused Electromagnetic Field (HIFEM) Device for Treatment of Urinary Incontinence and Enhancement of Quality of Life. *Lasers Surg. Med.* 2019;51:760–766. doi: 10.1002/lsm.23106. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
3. Prato FS, Carson JJ, Ossenkopp KP, Kavaliers M. Possible mechanisms by which extremely low frequency magnetic fields affect opioid function. *FASEB J.* 1995;9(9):807–814. doi: 10.1096/fasebj.9.9.7601344. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
4. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: visual analog scale for pain (VAS pain), numeric rating scale for pain (NRS pain), McGill pain questionnaire (MPQ), short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ), chronic pain grade scale (CPGS), short form-36 bodily pain scale (SF-36 BPS), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63(Suppl 11):S240–S252. doi: 10.1002/acr.20543. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
5. Paolucci T, Pezzi L, Centra AM, Giannandrea N, Bellomo RG, Saggini R. Electromagnetic Field Therapy: A Rehabilitative Perspective in the Management of

Musculoskeletal Pain - A Systematic Review. *J Pain Res.* 2020 Jun 12;13:1385-1400. doi: 10.2147/JPR.S231778. PMID: 32606905; PMCID: PMC7297361.

6. Karateev A, Polishchuk E, Fesyun A, Konchugova T, Filatova E, Amirdzhanova V, Kulchitskaya D, Potapova A, Sukhareva M, Lila A, Ivanova EP. Magnetic therapy in acute and subacute non-specific back pain: Results of an open multicenter study. *Eur J Transl Myol.* 2022 Jul 29;32(3):10686. doi: 10.4081/ejtm.2022.10686. PMID: 35904101; PMCID: PMC9580537.

7. Voronina DD, Kulikov AG, Luppova IA, Yarustovskaya OV. Obshchaia magnetoterapiia v reabilitatsii patsientov posle operativnogo lecheniia gryzh mezhpozvonnokovykh diskov [The application of general magnetic therapy for the rehabilitation of the patients following the surgical treatment of herniated intervertebral discs]. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.* 2017;94(2):24-28. Russian. doi:10.17116/kurort201794224-28. PMID: 28665378.

8. Zdrodowska B, Leszczyńska-Filus M, Leszczyński R, Błaszczyk J. Porównanie wpływu laseroterapii i magnetoterapii na poziom bólu oraz zakres ruchomości kręgosłupa osób z chorobą zwyrodnieniową dolnego odcinka kręgosłupa [Comparison of the effect of laser and magnetic therapy for pain level and the range of motion of the spine of people with osteoarthritis lower back]. *Pol Merkur Lekarski.* 2015 Jan;38(223):26-31. Polish. PMID: 25763584.

Capítulo 316

EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE TUNEL CARPIANO: UN REVISIÓN SISTEMÁTICA

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano es el síndrome más común en la extremidad superior (1). La incidencia anual se estima en 24,7 casos por cada 100.000 personas (2).

El síndrome del túnel carpiano se puede dividir en tres estados de gravedad: leve, moderado o grave (3).

El síndrome del túnel carpiano es producido por un atrapamiento del nervio mediano en el túnel carpiano (4). Entre la sintomatología que produce esta patología

se encuentra: dolor, pérdida de función motora y sensibilidad lo que produce incapacidad para las actividades de la vida diaria.

El tratamiento quirúrgico del síndrome de túnel carpiano mejora solo un 70 por ciento de los pacientes intervenidos (5). En los últimos estudios sobre su diagnóstico, intentan clasificar el síndrome del túnel carpiano en función del grado de sintomatología que sufre el paciente, tras evaluación con electromiografía, se sugiere una clasificación de la patología en leve, moderado o severo donde existe una parestesia persistente (6). El tratamiento conservador de fisioterapia puede ser un tratamiento muy eficaz para aliviar o disminuir el dolor y mejorar la sintomatología del paciente.

Las guías clínicas actuales recomiendan el tratamiento conservador de fisioterapia en los estados de grado leve a moderado (9). Entre las diferentes técnicas de fisioterapia que se están utilizando actualmente para el alivio del dolor, la mejora del recorrido articular y mejora de la capacidad funcional encontramos: electroterapia, masoterapia, ejercicio terapéutico, cinesiterapia activa, vendaje y terapia manual. La neurodinamia es una de las técnicas de terapia manual más utilizadas en esta patología. De dicha técnica se han observado mejoras en la conducción y función del nervio mediano.

2 Objetivos

Analizar y describir los beneficios del tratamiento conservador de fisioterapia en pacientes con el síndrome de túnel carpiano, tras una búsqueda bibliográfica por la bibliografía científica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave ("syndrome and "physiotherapy" and "cubital tunnel" and "Carpal Tunnel Syndrome"). Se filtró el tipo de búsqueda en artículos que cumpliesen los requisitos de inclusión. Los criterios de inclusión para el estudio eran la búsqueda de bibliografía científica, en la cual, el estudio analizado contemplase el tratamiento de fisioterapia en pacientes con atrapamiento del túnel carpiano.

En el tipo de estudio se analizaron ensayos clínicos, y revisiones clínicas con o sin metaanálisis.

4 Resultados

El primer artículo analizado “The Effects of Physiotherapy in the Treatment of Cubital

Tunnel Syndrome: a Systematic Review” en el que se analizan 11 estudios donde se aplica fisioterapia en patología de síndrome de túnel carpiano, se obtuvieron resultados beneficiosos inmediatamente después de la fisioterapia y a largo plazo en el dolor, la función, la fuerza muscular y la conducción nerviosa (7).

Otro de los artículos estudiados “Physio-und sporttherapeutische Interventionen zur

Behandlung eines Karpaltunnelsyndroms” concluyó que el tratamiento de fisioterapia acompañado de ejercicio físico, mejoran la sintomatología en los grados leve y moderado. La terapia manual demostró ser más rápida e igualmente efectiva para reducir el dolor y mejorar la función a largo plazo en comparación con la cirugía. Las técnicas de movilización, masaje, kinesiotaping y el yoga, como intervenciones terapéuticas, también mostraron mejoras sintomatológicas en los pacientes con síndrome de túnel carpiano en los grados leve y moderado (8).

La revisión sistemática con metaanálisis “The Effectiveness of manual therapy on pain, physical function, and nerve conduction studies in carpal tunnel syndrome patients: a systematic review and meta-analysis”. Destaca la técnica de terapia manual neurodinamia, como una técnica efectiva para el alivio sintomático y la mejora funcional de los pacientes con atrapamiento del túnel carpiano.

Analizamos “Conservative treatment in patients with mild to moderate carpal tunnel syndrome: A systematic review” (10). donde se evidenció significativamente el resultado positivo de técnicas de fisioterapia como la incorporación de férulas, electroterapia, terapia manual y ejercicios terapéutico, aliviando y mejorando la funcionalidad de los pacientes.

En último artículo analizado “Efficacy of Manual Therapy Including Neurodynamic Techniques for the treatment of Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Controlled Trail” mostró similares efectos, ambos beneficiosos tanto en pacientes en los que se aplicaron tratamientos de fisioterapia mediante electroterapia (laser y ultrasonido), como en aquellos en los que se aplicó fisioterapia con terapia manual (técnicas de neurodinamia y masaje). En ambos se redujo el dolor de manera significativa (11).

5 Discusión-Conclusión

Los artículos analizados tras el estudio y análisis de nuestra búsqueda bibliográfica evidencian el papel de la fisioterapia en pacientes con atrapamiento de túnel carpiano.

Técnicas como la electroterapia, masoterapia, ejercicio terapéutico y la terapia manual, mejoran la capacidad funcional del paciente y alivio del dolor.

De todas las técnicas analizadas, la terapia por neurodinamia parece uno de los tratamientos más repetidos y utilizados por parte de los fisioterapeutas, mostrando grandes resultados acompañada del resto de técnicas. Sin embargo, es importante destacar la importancia del tratamiento conservador en fases leve a moderado.

Se necesitan más estudios para conocer de manera aislada ciertas técnicas y sus beneficios en pacientes con atrapamiento de túnel carpiano, así como en estados más graves de la patología.

6 Bibliografía

1. Elhassan B., Steinmann S.P. Entrapment neuropathy of the ulnar nerve. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 2007;15:672–681. doi: 10.5435/00124635-200711000-00006 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Mondelli M., Giannini F., Ballerini M., Ginanneschi F., Martorelli M. Incidence of ulnar neuropathy at the elbow in the province of Siena (Italy) *J. Neurol. Sci.* 2005;234:5–10. doi: 10.1016/j.jns.2005.02.010. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
3. McGowan J. The results of transposition of the ulnar nerve for traumatic ulnar neuritis. *J. Bone Jt. Surg. Br.* 1950;32:293–301. doi: 10.1302/0301-620X.32B3.293. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
4. Ochiai N., Honmo J., Tsunjino A., Nisiura Y. Electrodiagnosis in entrapment neuropathy by the arcade of struthers. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2001;378:129–135. doi: 10.1097/00003086-200009000-00021
5. Caliandro P, La Torre G, Padua R, et al. Treatment for ulnar neuropathy at the elbow. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD006839. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
6. Qing C, Zhang J, Wu S, Ling Z, Wang S, Li H, Li H. Clinical classification and treatment of cubital tunnel syndrome. *Exp Ther Med.* 2014 Nov;8(5):1365–1370. doi: 10.3892/etm.2014.1983. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25289024; PMCID: PMC4186332.

7. Wolny T, Fernández-de-Las Peñas C, Buczek T, Domin M, Granek A, Linek P. The Effects of Physiotherapy in the Treatment of Cubital Tunnel Syndrome: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2022 Jul 21;11(14):4247. doi: 10.3390/jcm11144247. PMID: 35888010; PMCID: PMC9318553.
8. Gräf JK, Lüdtke K, Wollesen B. Physio- und sporttherapeutische Interventionen zur Behandlung eines Karpaltunnelsyndroms : Eine systematische Übersichtsarbeit [Physiotherapy and sports therapeutic interventions for treatment of carpal tunnel syndrome : A systematic review]. *Schmerz*. 2022 Aug;36(4):256-265. German. doi: 10.1007/s00482-022-00637-x. Epub 2022 Mar 14. PMID: 35286465; PMCID: PMC9300529.
9. Klockari D, Mamais I (2018) Effectiveness of surgical versus conservative treatment for carpal tunnel syndrome: a systematic review, meta-analysis and qualitative analysis. Vol. 38, *Hong Kong Physiotherapy Journal*. World Scientific Publishing Co. Pte Ltd., Singapore, p 91–114
10. Jiménez Del Barrio S, Bueno Gracia E, Hidalgo García C, Estébanez de Miguel E, Tricás Moreno JM, Rodríguez Marco S, Ceballos Laita L. Conservative treatment in patients with mild to moderate carpal tunnel syndrome: A systematic review. *Neurologia (Engl Ed)*. 2018 Nov-Dec;33(9):590-601. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2016.05.018. Epub 2016 Jul 22. PMID: 27461181.
11. Wolny T, Saulicz E, Linek P, Shacklock M, Myśliwiec A. Efficacy of Manual Therapy Including Neurodynamic Techniques for the Treatment of Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017 May;40(4):263-272. doi: 10.1016/j.jmpt.2017.02.004. Epub 2017 Apr 8. PMID: 28395984.

Capítulo 317

LA PSICOMOTRICIDAD Y SUS REPERCUSIONES EN FISIOTERAPIA

MATILDE PÉREZ CÓRDOBA

1 Introducción

La psicomotricidad es una técnica que se ocupa de las interacciones que ocurren en las áreas motoras, área sensitiva, área cognitiva y área emocional de cada persona, por lo que es de gran importancia para el desarrollo personal, así como para la capacidad de expresarse y relacionarse en un contexto psico-social.

Esta disciplina tiene como beneficios: mejora el tono muscular, mayor conciencia del propio cuerpo, dominio de la postura y el movimiento, adquisición/ mejora de hitos motores, mejora del equilibrio y la coordinación, mejora de la sensibilidad y propiocepción, mejora en las habilidades sociales y comunicativas, mejora del aprendizaje, atención y memoria, aumento de la capacidad de autonomía y de toma de decisiones, y, por tanto, de autoestima de cada persona en cualquier contexto de la vida diaria.

Con todo ello, permite a los niños comenzar a controlar su cuerpo y sus movimientos, adquiriendo habilidades relacionadas con la maduración de su cerebro, su médula y sus músculos, entre otros.

Las salas de tratamiento han de estar lo mejor preparadas posibles para realizar dichos ejercicios, tanto en espacio, temperatura, iluminación, etc. para en la medida de lo posible hacer lo más cómodo y dinámico en ejercicio con los niños, además de una correcta ropa para ello.

2 Objetivos

Describir qué es la psicomotricidad y cuáles son las funciones del fisioterapeuta en este ámbito.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva sobre la literatura bibliográfica existente. Se han consultado bases de datos como son Pubmed, Scielo, Medlineplus, entre otras, seleccionando artículos científicos con contenidos del estudio relacionado.

4 Resultados

Se realizan valoraciones iniciales a cada uno de los niños, para conocer cada una de sus dificultades en todas sus áreas y así plantear los objetivos a trabajar óptimos y adecuados para cada caso.

Una vez hecho este paso, se elabora un plan de tratamiento de forma individual o colectiva, dependiendo de la gravedad de los tratamientos que haya que tratar con cada uno de los niños.

Dicho plan de tratamiento será realizado y estudiado por un profesional como es el fisioterapeuta, el cual puede también trabajar de la mano de otros profesionales como son los terapeutas ocupacionales, logopedas y los psicólogos.

El fisioterapeuta para ello utilizará una herramienta importante, como es el juego en sus sesiones, para que el niño explore y aprenda a través de sus habilidades motoras, sus emociones y decisiones a la hora de realizar las diferentes tareas.

Dicho juego hace "despertar" más al niño a la hora de realizar las tareas, ya que es un símbolo de estimulación para que el/ los niño/nios vean que no sólo es trabajo la tarea que se le ha dispuesto a realizar.

El ambiente para la realización de dichas tareas ha de ser tranquilo, con una temperatura regulada tanto para invierno como para verano, con una buena iluminación para que los niños se sientan lo más cómodamente posible.

Han de realizar las tareas con una ropa cómoda, evitando la ropa muy ajustada y tirante.(ropa de deporte preferiblemente)

Las sesiones suelen durar entre 10 o 15 minutos dependiendo de la tolerancia al ejercicio de cada niño, por lo que se suele adaptar a cada persona.

Se realizan descansos para que puedan beber agua e incluso ir al WC si lo requirieran.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que la psicomotricidad permite el desarrollo integral del niño a través de la interacción del cuerpo con el medio externo y que busca desarrollar las capacidades motrices del niño.

Como ya se ha mencionado, el ambiente para la realización de dichas tareas ha de ser tranquilo, con una temperatura regulada tanto para invierno como para verano, con una buena iluminación para que los niños se sientan lo más cómodamente posible, además de una correcta y cómoda ropa para la realización de las tareas (ropa deportiva preferiblemente), realizando descansos cuando lo requieran dependiendo de la tolerancia de cada persona a la tarea-

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 318

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ELENA MOLINA BODAS

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

NEREA SORIA SANZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

Los linfomas de las extremidades inferiores se describen como parte del término dentina. Actualmente, el término se reserva para la etapa final de la progresión de la insuficiencia linfática. El trastorno que conduce a tal cuadro está asociado con la disfunción del sistema linfático. Ya sea primaria o secundaria, la fisiopatología conduce a la formación de un sistema intersticial macromolecular. Los estudios del sistema linfático ayudan a identificar cambios anatómicos en los diversos vasos que componen el sistema linfático. La extensión, modificación de líneas anatómicas y su modificación funcional están disponibles a través de estudios a veces complejos que permiten una mejor comprensión de los matices asociados con diferentes patrones de linfedema. La importancia de mitigar el estancamiento depende de la gravedad del brote. El tratamiento del linfedema de

las extremidades se basa en gran medida en la terapia de ejercicios para curar y combatir las infecciones que exacerban la disfunción del sistema linfático. Los tratamientos incluyen drenaje linfático, aire comprimido y hielo para reducir el volumen. Para guardar el resultado, se requiere una edición de compresión asistida. A partir de la evidencia sobre el linfedema contenida en artículos revisados por pares, podemos concluir que un diagnóstico preciso, un examen físico para determinar la gravedad y pruebas adicionales mejorarán significativamente la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Explicar el enfoque del linfedema de miembro inferior por parte del equipo de fisioterapeutas de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El linfedema se define como un aumento anormal de líquido rico en proteínas en el intersticio debido a un cambio marcado en la capacidad de transporte linfático. Una vez que el linfedema se ha estabilizado, no es necesario ningún tratamiento, por lo que los objetivos se centran en la reducción de volumen, el alivio de los síntomas y la prevención de la progresión y las complicaciones. Esta es una enfermedad genética rara causada por daño a los vasos linfáticos: linfedema primario o enfermedad de Milroy (linfedema congénito). Enfermedad de Meige (linfedema precoz). Inicio tardío, 35 años, y el linfedema secundario puede dañar los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos, la cirugía, la radioterapia para el cáncer, el cáncer, la infección, etc. El método de diagnóstico del linfedema es observar el edema para identificar su gravedad. El tratamiento del linfedema se basa casi exclusivamente en clases de rehabilitación y, por lo tanto, entra en la categoría

de servicios dentro de la especialidad de medicina física y rehabilitación. Como resultado, la determinación de la indicación de tratamiento, recomendaciones, seguimiento clínico y alta más adecuada corresponde al especialista en el campo de la fisioterapia y la rehabilitación. Este trabajo de investigación destinado a evaluar el linfedema, que consiste principalmente en el examen y examen de la piel, y la fisioterapia volumétrica (etapa y extensión), mejorará la salud de los pacientes después de la enfermedad y aumentará la capacidad de escape, así como vendajes linfáticos, vendajes de compresión y ayudas físicas para ayudar a reducir el dolor y la hinchazón.

La medición volumétrica de propósito general (principalmente la medición de la frecuencia cardíaca) se ha convertido en una actividad de rutina para recopilar datos para determinar el estado del paciente individual y las necesidades de tratamiento y seguimiento, así como confirmar problemas graves y finalizar las visitas de seguimiento por parte de especialistas bajo la supervisión de la familia. Médico. Los objetivos principales del tratamiento del linfedema son reducir la morbilidad del paciente, reducir el peso corporal, restaurar la función, eliminar el dolor, reducir la fibrosis y prevenir y tratar los procesos infecciosos.

5 Discusión-Conclusión

Según la Asociación de Cáncer Español, es una enfermedad olvidada que actualmente está afectando a 800,000 personas. Se trata de una acumulación de líquido en la zona de la intervención debido a una disminución de la función del sistema linfático.

Concluimos teniendo en cuenta que existe variación entre cada paciente según el tipo de intervención, la duración de la inflamación, su gravedad, si recibió quimioterapia y/o radiación y la atención brindada, se puede decir que ambos tratamientos son efectivos, ya que refleja que en ambos casos es posible reducir el volumen del edema.

La detección temprana de los primeros síntomas es muy importante, por lo que le permite actuar con el tratamiento de recuperación temprana, ayudando a prevenir su evolución.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 319

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PROSTATITIS CRÓNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

ELENA MOLINA BODAS

NEREA SORIA SANZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

La próstata es la mayor glándula accesoria del sistema reproductor masculino. Está compuesta por un 70% de tejido glandular y un 30% de estroma fibromuscular, fusionado dentro de una seudocápsula. Su localización es desde el cuello vesical (base prostática) hasta el músculo transversal del periné y el esfínter uretral en su vértice (ápex) por donde transcurre la uretra protática. Su función es producir y segregar el líquido seminal.

El síndrome de dolor prostático es polisintomático, apareciendo dolor en la parte baja de la espalda, ingle, pelvis, vejiga, próstata, periné, genitales y punta del pene. Genera una eyaculación dolorosa y aparece un incremento de la frecuencia miccional diurna, urgencia miccional, disuria, nocturia. En muchos casos, lleva asociado estrés, ansiedad y depresión.

Para los pacientes con esta sintomatología también tendremos que tener en cuenta que es el dolor pélvico crónico definido como un dolor no oncológico percibido en estructuras relacionadas con la pelvis de los varones o las mujeres. Es continuo o recurrente durante al menos 6 meses. En todos los casos, suele haber consecuencias cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales negativas acompañantes.

Encontramos una prevalencia de la prostatitis crónica entre un 1,2-8 % de la población. Suele tener una escasa mejoría con los tratamientos, conlleva una gran afectación psicosocial, ausentismo laboral, así como problemas socioeconómicos.

2 Objetivos

- Conocer la sintomatología diversa que produce la prostatitis crónica.
- Evaluar los tratamientos que existen.
- Analizar los tratamientos más adecuados de fisioterapia para la prostatitis.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen varios tipos de prostatitis, entre las que encontramos:

- Prostatitis bacteriana aguda: es una infección aguda de la glándula prostática. El tratamiento es antibiótico
- Prostatitis bacteriana crónica: conlleva infección urinaria recurrente, lo que lleva a una infección crónica prostática. El tratamiento es antibiótico.
- Prostatitis abacteriana crónica/síndrome de dolor pelviano crónico.
- Prostatitis inflamatoria asintomática: se evidencia la inflamación a través de una biopsia.

Todas las prostatitis son abordadas por el urólogo. En cuanto a la prostatitis bacteriana crónica y la prostatitis inflamatoria asintomática, la fisioterapia puede

aliviar los síntomas. Pero es en la prostatitis abacteriana crónica o síndrome de dolor pelviano crónico, que no presenta inflamación ni infección, donde la fisioterapia puede ayudar mucho al paciente.

La prostatitis no bacteriana crónica comprende más del 90% de los casos de prostatitis crónica, por ello, menos del 10% de los casos de prostatitis crónica se resuelven con antibiótico. Se define como el dolor pélvico crónico de tres meses o más de duración con cultivos bacterianos negativos (estériles). En cuanto a su origen y desarrollo es idiopático, pero se considera que mecanismo que activan el dolor a nivel del sistema nervioso central pueden estar involucrados.

El abordaje del fisioterapeuta comenzará por una valoración exhaustiva donde preguntará por el dolor desde el inicio y cómo evoluciona, su inicio, progresión, naturaleza, foco de dolor percibido e irradiación, factores que lo empeoran y lo alivian y síntomas acompañantes. Llevará a cabo dentro de esta anamnesis preguntas acerca de pensamientos, emociones y comportamiento relacionados con el dolor, respuesta a otros tratamientos previos, datos urológicos, gastrointestinales, función sexual, datos relacionados con el sistema nervioso periférico como parestesia, disestesia, alodinia, hiperalgesia. Se pasarán cuestionarios sobre catastrofismo, conducta miedo-evitación, cinesofobia.

A continuación se llevará a cabo una exploración física de la zona dolorosa y en general del paciente en cuanto a postura, zona lumbar, abdomen y diafragma, suelo pélvico y una exploración neurológica. Es importante, valorar puntos gatillo con dolor referido a toda la zona y con características similares al dolor que presenta el paciente como son el oblicuo, bulboesponjoso, isquiocavernoso, transversal superficial, obturador, cóccigeo.

En cuanto al tratamiento de fisioterapia se llevará a cabo un tratamiento manual a través de drenaje linfático manual, tratamiento de los puntos gatillo, tratamiento visceral y también, un tratamiento instrumental con radiofrecuencia, ondas de choque y electroestimulación del tibial posterior. Tanto la terapia manual como instrumental están muy indicadas para el dolor y la inflamación. En el caso de que haya una sensibilización central, es importante la educación en dolor e ir desensibilizando con ingeniería motora y a través del ejercicio terapéutico, ya que con este vamos a conseguir liberar endorfinas y trabajar a nivel central. Para ello, se puede utilizar el trabajo propioceptivo en planos inestables, hipopresivos y ejercicios de suelo pélvico.

Por último, hay que llevar a cabo un tratamiento conductual aconsejando no ingerir excitantes, no ingerir oxalatos (tomate, chocolate, hojas verdes que irritan mucho la vejiga), pautar micciones cada 3 horas y que aprendan a respetar la noche cortando la ingesta de líquido 3 horas antes de acostarse.

5 Discusión-Conclusión

El fisioterapeuta tiene una función muy importante en el abordaje de la prostatitis crónica, ya que el tratamiento médico con antibióticos en este caso tiene poca efectividad. Para ello, se utilizan técnicas manuales como el drenaje linfático manual y terapia miofascial, así como técnicas instrumentales como la radiofrecuencia, ondas de choque y la electroestimulación. Muy importante, tener en cuenta en casos de sensibilización central el abordaje en educación en dolor y la pauta de ejercicio terapéutico a través de planos inestables, hipopresivos y ejercicios del suelo pélvico. El tratamiento conductual no pierde importancia en estos pacientes, ya que será una base importante para mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 320

LA RELEVANCIA DEL FISIOTERAPEUTA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NEREA SORIA SANZ

ELENA MOLINA BODAS

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

El fisioterapeuta es la persona que se va a encargar de tratar al paciente mediante la realización de ejercicios físicos.

El Fisioterapeuta dentro de un centro hospitalario es otro profesional sanitario importante junto con los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería o celadores, ya que va a permitir que pacientes que han sufrido un accidente y han salido de una lesión se recuperen con su ayuda mediante la realización de actividades y ejercicios físicos pautados y realizados junto con él en el servicio de rehabilitación del hospital varias veces a la semana durante un par de horas.

En el servicio de rehabilitación, no sólo el fisioterapeuta se va a encargar de trabajar con el paciente, también encontraremos al celador que tendrá la labor de

recibir al paciente cuando esté acuda al servicio de rehabilitación y acompañarlo al box correspondiente donde le espera el fisioterapeuta y el auxiliar de enfermería que se encargará de ayudar al fisioterapeuta con los ejercicios físicos del paciente. Tras finalizar el paciente la sección con el fisioterapeuta, el celador será la persona responsable de recoger al paciente en el box en el que se encuentra y acompañarlo hasta que este abandona el centro por la puerta del hospital.

2 Objetivos

Saber cuál es la importancia y las funciones del Personal de fisioterapeuta en el servicio de rehabilitación de un centro hospitalario.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hoy en día la figura del fisioterapeuta en un Centro Hospitalario es muy importante, ya que va a permitir al paciente a recuperarse de un problema de salud físico que tiene o después de ser intervenido quirúrgicamente. El fisioterapeuta mediante la realización de ejercicios físicos con el paciente va a conseguir que esté recupere la movilidad de una zona o un miembro que tiene afectado parcial o totalmente. Para que el paciente recupere la movilidad de la zona que tiene afectada el paciente, va a realizar las siguientes funciones con el paciente que sufre la lesión:

- El paciente realizará siguiendo las instrucciones del fisioterapeuta ejercicios de estiramiento.
- El fisioterapeuta hará pequeñas carreras con el paciente.
- El fisioterapeuta le dará una hoja con los ejercicios que debe realizar el paciente en casa los días que no le toque ir al servicio de rehabilitación del hospital.

-El paciente le dirá al fisioterapeuta si con el programa de ejercicios físicos pautados y las actividades que realiza junto a él se siente mejor.

-El fisioterapeuta ayudará al paciente a realizar ejercicios de resistencia.

La Figura del Fisioterapeuta en los Centros Hospitalarios se ha convertido importante, ya que permite que todos aquellos pacientes que sufren algún tipo de lesión traumática o que han sido intervenidos por algún tipo de lesión dejándole algún tipo de secuela se recuperen gracias a los ejercicios físicos que realizan con el fisioterapeuta en el servicio de rehabilitación del centro hospitalario.

Al igual que los médicos o enfermeros, es importante que a los fisioterapeutas se le dé su lugar como sanitarios, ya que van a hacer que muchas personas vuelvan a tener y se recuperen por completo de un problema de salud.

5 Discusión-Conclusión

La labor y el trabajo que realiza el fisioterapeuta en el servicio de rehabilitación con todas estas personas que sufren algún tipo de lesión es fundamental e importante, ya que va a permitir que se recuperen. El fisioterapeuta no trabajará solo en este servicio, sino que necesitará la ayuda del TCAE que lo ayudará en todas las necesidades del paciente y del celador que será la persona encargada de recibirlo y recogerlo en silla de ruedas en la entrada del hospital si fuera necesario como de acompañarlo a la puerta del hospital ya sea solo o en silla de ruedas cuando esté tenga que abandonar el servicio de rehabilitación del hospital.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 321

APLICACIÓN DEL DRENAJE LINFÁTICO MANUAL EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PARA EL LINFEDEMA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

1 Introducción

El linfedema se caracteriza por una hinchazón progresivo del brazo generado por una acumulación de la linfa en dichos tejidos. Este uno de los efectos secundarios más comunes tras la cirugía en mujeres con cáncer de mama, especialmente cuando se realiza una disección linfática axilar de un amplio número de ganglios o el vaciamiento axilar completo (linfadenectomía) (1).

Entre el 15-30% de las mujeres con cáncer de mama desarrollan linfedema, la incidencia acumulada parece aumentar con el tiempo, especialmente en el primer año después de la cirugía (3). El linfedema tiene un impacto negativo a nivel físico, psicosocial, funcional y económico en esta población. (4) Por lo tanto, el aumento de la incidencia del cáncer de mama, así como las tasas de supervivencia generan la necesidad de aplicar métodos eficaces para prevenir o tratar complicaciones crónicas como el linfedema ayudando a mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

El drenaje linfático manual es un masaje cutáneo que utiliza un movimiento suave de la mano para ejercer una acción de bombeo sobre la piel sin usar aceites. Esta técnica mejora el flujo y la reabsorción linfáticos sin aumentar la filtración capilar, reduciendo la hinchazón de los tejidos y suavizando la fibrosis del brazo. (5) Este puede aplicarse solo o simultáneamente con otras terapias como: vendajes, ejercicios de movilidad o prácticas del cuidado de la piel.

Cabe destacar que uno de los últimos metaanálisis con más de 1900 pacientes ha demostrado que el drenaje linfático manual puede reducir el linfedema, especialmente en pacientes menores de 60 años tras un mes de intervención (6). Sin embargo, no se observó que esta terapia prevenga el linfedema. Por ello, se ha planteado revisar y analizar las últimas investigaciones realizadas en pacientes de cáncer de mama con linfedema tratadas con drenaje linfático manual.

2 Objetivos

Analizar y describir los beneficios del drenaje linfático manual en el tratamiento del linfedema en mujeres con cáncer de mama.

3 Metodología

La estrategia de búsqueda bibliográfica consistió en identificar los artículos más relevantes publicados después del 2020 utilizando las bases de datos Pubmed y Web of Science combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: (Lymphedema AND manual lymphatic drainage AND breast cancer AND physiotherapy), Además, se fijaron los filtros “Randomized Control Trial (RCT)”, Randomized Trial (RT) y artículos completos (Full Free Text). A continuación, se evaluaron los posibles manuscritos elegibles en función de estos criterios de selección: 1) Las participantes debían ser mujeres con un diagnóstico de cáncer

de mama, 2) Ensayos Controlados Aleatorizados y/o Ensayos Aleatorizados y 3) Intervención de drenaje linfático manual.

4 Resultados

En esta revisión se han incluido tres estudios. Uno de ellos comparó el drenaje linfático manual guiado por fluoroscopia, con el modelo tradicional y finalmente con un grupo control. Este ensayo incluyó 194 pacientes de cáncer de mama con linfedema crónico leve a moderado. Los principales resultados mostraron que tanto el grupo de drenaje linfático manual guiado por fluoroscopia como el modelo tradicional mostraron una disminución significativa del reflujo dérmico en P y en P6. Sin embargo, no se observaron diferencias entre los tres grupos. (7)

Por otro lado, otro de los estudios incluidos evaluó los efectos del drenaje linfático manual en concomitancia con terapia con láser de baja intensidad o el kinesio-taping sobre el volumen del brazo afectado, la calidad de vida, la función del brazo, el dolor neuropático y la movilidad del hombro en mujeres con linfedema desarrollado debido al cáncer de mama. Se incluyeron 45 participantes asignadas aleatoriamente a los tres grupos: 1) drenaje linfático manual y terapia con láser, 2) drenaje linfático manual con kinesio-taping y 3) grupo control. Todos los tratamientos se aplicaron 5 días a la semana durante 3 semanas. Todas las modalidades de tratamiento fueron eficaces en la reducción del volumen del brazo, mejora de la calidad de vida, discapacidad del tren superior y del dolor neuropático. Sin embargo, se observó una mayor disminución del volumen del brazo tras el tratamiento con kinesio-taping. (8)

El tercer estudio incluido analizó la eficacia del drenaje linfático manual junto con vendaje compresivo y un programa de ejercicios, sobre el volumen del brazo, los síntomas subjetivos, las funciones de las extremidades superiores y la calidad de vida en pacientes de cáncer de mama con linfedema. Los principales hallazgos mostraron una reducción del exceso de volumen del brazo en ambos grupos, no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento. Sin embargo, las molestias y pesadez disminuyeron significativamente en el grupo de drenaje linfático manual con vendaje compresivo y un programa de ejercicios comparado con el tratamiento estándar. (9)

5 Discusión-Conclusión

La escasa evidencia científica publicada hasta el momento corrobora los beneficios del drenaje linfático manual en la mejora del linfedema, así como en

sus síntomas de mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, existe una falta de evidencia sobre la eficacia del drenaje linfático manual sin combinación con otro tipo de terapias y/o tratamientos fisioterapéuticos. Por lo tanto, se necesita un mayor número de estudios, concretamente ensayos controlados aleatorizados para analizar el efecto del drenaje linfático manual de manera aislada en el tratamiento del linfedema.

Los hallazgos en este trabajo afirman los beneficios del drenaje linfático manual en el reflujo térmico, la reducción del exceso del volumen del brazo, síntomas, calidad de vida y dolor neuropático. Cabe destacar que estas mejoras han demostrado ser mayores cuando se combina el drenaje linfático manual con otro tipo de terapias como el vendaje compresivo, el kinesio-taping o programas de ejercicio específicos.

6 Bibliografía

1. Ezzo J, Manheimer E, McNeely ML, Howell DM, Weiss R, Johansson KI, Bao T, Bily L, Tuppo CM, Williams AF, Karadibak D. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 21;(5):CD003475. doi: 10.1002/14651858.CD003475.pub2.
2. Ribeiro Pereira ACP, Koifman RJ, Bergmann A. Incidence and risk factors of lymphedema after breast cancer treatment: 10 years of follow-up. *Breast*. 2017 Dec; 36:67-73. doi: 10.1016/j.breast.2017.09.006. Epub 2017 Oct 6.
3. Zou L, Liu FH, Shen PP, Hu Y, Liu XQ, Xu YY, Pen QL, Wang B, Zhu YQ, Tian Y. The incidence and risk factors of related lymphedema for breast cancer survivors post-operation: a 2-year follow-up prospective cohort study. *Breast Cancer*. 2018 May;25(3):309-314. doi: 10.1007/s12282-018-0830-3. Epub 2018 Feb 3. PMID: 29397555.
4. Fu MR, Ridner SH, Hu SH, Stewart BR, Cormier JN, Armer JM. Psychosocial impact of lymphedema: a systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psychooncology*. 2013 Jul;22(7):1466-84. doi: 10.1002/pon.3201. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23044512; PMCID: PMC4153404.
5. Moseley AL, Carati CJ, Piller NB. A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Ann Oncol*. 2007 Apr;18(4):639-46. doi: 10.1093/annonc/mdl182. Epub 2006 Oct 3. PMID: 17018707.

6. Liang M, Chen Q, Peng K, Deng L, He L, Hou Y, Zhang Y, Guo J, Mei Z, Li L. Manual lymphatic drainage for lymphedema in patients after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Dec 4;99(49):e23192. doi: 10.1097/MD.00000000000023192.
7. Devoogdt N, Thomis S, De Groef A, Heroes AK, Nevelsteen I, Gebruers N, Tjalma WAA, Belgrado JP, Monten C, Hanssens M, De Vrieze T. The Effectiveness of Fluoroscopy-Guided Manual Lymph Drainage as Part of Decongestive Lymphatic Therapy on the Superficial Lymphatic Architecture in Patients with Breast Cancer-Related Lymphoedema: A Randomised Controlled Trial. *Cancers (Basel)*. 2023 Feb 28;15(5):1545. doi: 10.3390/cancers15051545.
8. Selcuk Yilmaz S, Ayhan FF. The Randomized Controlled Study of Low-Level Laser Therapy, Kinesio-Taping and Manual Lymphatic Drainage in Patients With Stage II Breast Cancer-Related Lymphedema. *Eur J Breast Health*. 2023 Jan 1;19(1):34-44. doi: 10.4274/ejbh.galenos.2022.2022-6-4. PMID: 36605467; PMCID: PMC9806938.
9. Sen EI, Arman S, Zure M, Yavuz H, Sindel D, Oral A. Manual Lymphatic Drainage May Not Have an Additional Effect on the Intensive Phase of Breast Cancer-Related Lymphedema: A Randomized Controlled Trial. *Lymphat Res Biol*. 2021 Apr;19(2):141-150. doi: 10.1089/lrb.2020.0049. Epub 2020 Oct 15. PMID: 33058746.

Capítulo 322

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN FISIOTERAPIA

MATILDE PÉREZ CÓRDOBA

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo crónico, de progreso lento e incapacitante, tanto física, cognitiva y socialmente.

La enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno del movimiento. Ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina. Algunos casos son genéticos, pero la mayoría no parece darse entre miembros de una misma familia.

El Parkinson cursa con síntomas donde los más principales son:

- El temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara.
- La rigidez de las extremidades y el tronco.
- La bradicinesia o lentitud de movimiento.
- La inestabilidad de postura, la coordinación y el balance articular tanto de miembros superiores como de miembros inferiores están afectados.

Otros síntomas del Parkinson son la pérdida de movimientos automáticos tanto en miembros superiores como en los miembros inferiores del cuerpo, cambios en la escritura, dificultad en el habla, babeo, dificultad al tragar, problemas respiratorios, complicaciones en la vejiga, problemas depresivos, demencia que suele aparecer ya en edades tardías, problemas sexuales, entre otros.

Dicha enfermedad se da en personas de entre 50-60 años, en proporción más en hombres que en mujeres.

En edades tempranas se llama Parkinson de inicio temprano.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel de la fisioterapia para tratar a los pacientes con EP.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En la actualidad no se conoce un tratamiento para curar la enfermedad de Parkinson, por lo que el tratamiento ha de estar orientado a paliar los síntomas en la medida de lo posible.

De esta manera, un profesional como es el fisioterapeuta, acompañado por un equipo multidisciplinar, compuesto por un terapeuta ocupacional, un logopeda, un psicólogo y un trabajador social, evalúan y crean el tipo de terapia, de manera individual a cada afectado y dependiendo de las necesidades de cada uno de ellos a lo largo de su vida, ya que la enfermedad es progresiva en el tiempo.

Una vez realizado y creado el plan de tratamiento, se controla y supervisa de manera semanal, examinando la postura, fuerza, equilibrio, coordinación, marcha y afecciones mentales de dichos pacientes, entre otras, para ver cómo va afectando la enfermedad a cada uno de ellos.

La enfermedad de Parkinson puede impedir a la persona realizar las actividades diarias con facilidad. A medida que evoluciona la enfermedad, el programa de tratamiento es ajustado para ayudarle a ser tan independiente y activo como sea posible.

Algunas personas necesitan de ayudas técnicas para caminar, por lo que es necesario determinar cuál de todos los dispositivos es el adecuado en cada persona y en cada momento de su vida, que conforme pasa el tiempo hay que ir reajustándolas dependiendo de lo que empeore cada uno de ellos.

Los tratamientos se deben realizar en ambientes con una luz adecuada, una buena temperatura y tranquilidad para que ellos se sientan cómodos a la hora de realizar las tareas, ya que en ambientes ruidosos tienden a ponerse nerviosos e intranqui-

los y, por tanto, no realizan las actividades de manera correcta y efectiva; esto también está indicado para sus domicilios.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que la enfermedad de Parkinson se trata de una enfermedad que afecta al sistema nervioso central, siendo neurodegenerativa, que cursa de forma lenta y progresiva en el tiempo y que afecta en proporción más a hombres que a mujeres, que afecta al movimiento de las articulaciones de forma general, tanto superiores como inferiores, a la coordinación, al equilibrio, a la marcha, al habla, a la deglución, problemas respiratorios, problemas de la vejiga, problemas en la mente(demencia) provocando a los pacientes serios e irreversibles problemas en su día a día, además de a sus familiares como a su entorno psicosocial.

Se debe tratar a las personas de manera independiente, dependiendo de su nivel de lesión y de lo avanzada que esté siendo la enfermedad en cada una de ellas, siempre poniendo límites para que éste tratamiento el usuario lo se lleve lo mejor posible tanto a nivel físico como a nivel social y psicológico.

6 Bibliografía

1. <https://parkinson.es>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scie.org/es/>.

Capítulo 323

ENTRENAMIENTO DEL EQUILIBRIO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define las caídas como “sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga.”

La OMS también establece como uno de los principales factores de riesgo de las caídas accidentales a la edad. Hasta 684.000 caídas mortales se producen al año, según la organización, de las cuales la mayoría corresponden a personas mayores de 60 años.

Además, las lesiones que pueden causar estas caídas, como las fracturas de cadera, son algunas de las principales causas de pérdida de autonomía y discapacidad en personas de la tercera edad. Otra revisión de Ambrose et al. estima que el 87% de las fracturas de cadera en este grupo de edad se producen por caídas accidentales, incluso en caídas de bajo impacto debido también a la alta prevalencia de osteoporosis en esta población.

Con la necesidad de encontrar un método de prevención que pueda reducir este número de accidentes, desde la fisioterapia se plantea el trabajo del equilibrio y

la estabilidad como una posible opción de tratamiento debido a su bajo coste y facilidad para llevarlo a los distintos ámbitos de trabajo como hospitales y centros de salud.

2 Objetivos

- Revisar la evidencia actual de la eficacia del trabajo del equilibrio para la prevención de caídas.
- Analizar la eficacia de los distintos ejercicios propuestos.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane library y PEDro. Incluyendo los términos “accidental falls” “fall prevention” “balance training” “proprioceptive training” tanto en inglés como en español. Se hace uso de los filtros de las distintas bases de datos para filtrar en población mayor de 65 años.

Finalmente se incluyen 5 revisiones sistemáticas para su análisis, además de una guía de práctica clínica

4 Resultados

Entre la evidencia científica disponible existe consenso sobre la eficacia del trabajo de equilibrio y propiocepción para prevenir las caídas, especialmente en la tercera edad. Además, existe una amplia variedad de ejercicios y modalidades que permiten adaptar el entrenamiento a cada persona

Uno de los métodos de tratamiento mencionados se trata del “Perturbation-based balance training (PBT)”, que consiste en crear disequilibrios en un ambiente controlado para incentivar las reacciones de equilibrio rápidamente, mientras se realizan acciones cotidianas como deambular o levantarse de una silla (por ejemplo, aceleraciones y frenos en una cinta de andar, tirones de cadera, etc.)

Otros métodos más convencionales optan por combinar un protocolo de trabajo del equilibrio junto con un programa de ejercicio aeróbico y de fuerza, que también mostraron resultados favorables. Cabe mencionar que los grupos de control que no recibieron ningún tipo de tratamiento empeoraron su estabilidad sobre los que solo realizaron ejercicios aeróbicos y de fuerza, por lo que se podría decir que el sedentarismo es de por sí un factor de riesgo para las caídas, y que en

los casos en los que, por las características del paciente no sea posible llevar a cabo un programa de trabajo del equilibrio, estaría indicado incentivar aun así el ejercicio físico.

También se ha observado en otra revisión sistemática que el trabajo del equilibrio es mucho más efectivo para reducir caídas si se combina con ayudas técnicas, modificaciones en el espacio (quitar obstáculos como alfombras, moquetas, escalones, etc.) y el uso de medicación. La prevención de accidentes es un trabajo multidisciplinar que abarca no solo a los sanitarios, sino todo el ambiente que rodea a los pacientes.

Finalmente, la guía FASE para la prevención y actuación ante una caída del Servicio Andaluz de Salud, recomienda el entrenamiento de la fuerza y el equilibrio, especialmente la práctica de Tai Chi tanto para personas que residen en una institución geriátrica como personas con mayor rango de movilidad. Todas las personas mayores de 65 años pueden beneficiarse de estas prácticas.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del equilibrio y la propiocepción es una forma segura y económica de prevenir las caídas entre las personas de la tercera edad. Puede llevarse a cabo tanto en el domicilio como en hospitales, instituciones geriátricas y centros de atención primaria, haciéndolo accesible a toda la población.

Además, debido a la gran cantidad de ejercicios y modalidades distintas disponibles, es una herramienta fácil de adaptar a cualquier tipo de paciente, tanto para ancianos sanos como para aquellos pacientes con alto riesgo de sufrir caídas, como aquellos que hayan sufrido un accidente cerebrovascular o alguna enfermedad neurodegenerativa como enfermedad de Párkinson.

6 Bibliografía

1.Thomas, Ewan PhD*; Battaglia, Giuseppe PhD; Patti, Antonino MSc; Brusa, Jessica MSc; Leonardi, Vincenzo MD; Palma, Antonio MD; Bellafiore, Marianna PhD. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine* 98(27):p e16218, July 2019. | DOI: 10.1097/MD.00000000000016218.

2.Kendrick D, Kumar A, Carpenter H, Zijlstra GAR, Skelton DA, Cook JR, Stevens Z, Belcher CM, Haworth D, Gawler SJ, Gage H, Masud T, Bowling A, Pearl M, Morris RW, Iliffe S, Delbaere K. Exercise for reducing fear of falling in older

- people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD009848. DOI: 10.1002/14651858.CD009848.pub2.
- 3.Gerards, M. H. G., McCrum, C., Mansfield, A., & Meijer, K. (2017). Perturbation-based balance training for falls reduction among older adults: Current evidence and implications for clinical practice. *Geriatrics & gerontology international*, 17(12), 2294–2303. <https://doi.org/10.1111/ggi.13082>.
 - 4.Lee, S. H., & Kim, H. S. (2017). Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(1), 74–80. <https://doi.org/10.1111/wvn.12193>
 - 5.Ambrose, A. F., Cruz, L., & Paul, G. (2015). Falls and Fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas*, 82(1), 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.06.035>.
 - 6.Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*. 1988 Dec 29;319(26):1701-7. doi: 10.1056/NEJM198812293192604. PMID: 3205267.
 - 7.Organización Mundial de la Salud. Caídas. Fact Sheet no 344. [Internet]. OMS. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.
 - 8.Estrategia de Cuidados de Andalucía. Guía fase para la prevención y actuación ante una caída. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2017.

Capítulo 324

EL FISIOTERAPEUTA ANTE EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JESUS GARCÍA MORENO

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

SILVIA VILLAR GOMEZ

1 Introducción

Un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentra en una condición médica grave que requiere atención médica intensiva y monitoreo constante. La UCI es un entorno especializado en un hospital diseñado para el cuidado de pacientes críticamente enfermos o que han pasado por cirugía mayor. Aquí se proporciona una descripción general en 230 palabras:

La UCI es un lugar donde los pacientes pueden recibir cuidados médicos avanzados, como el soporte ventilatorio, la administración de medicamentos intravenosos, la monitorización continua de signos vitales y el tratamiento de enfermedades graves. Los pacientes ingresados en la UCI pueden ser aquellos que han sufrido traumas graves, han sido sometidos a cirugías complejas, padecen enfermedades crónicas graves o tienen afecciones que ponen en peligro su vida.

El personal de la UCI está altamente capacitado y especializado en el manejo de situaciones médicas críticas. Esto incluye médicos intensivistas, enfermeras especializadas en cuidados intensivos, técnicos y otros profesionales de la salud.

La UCI es un entorno altamente regulado y controlado para garantizar la seguridad del paciente. Se utiliza una variedad de equipos médicos avanzados, como monitores de signos vitales, ventiladores mecánicos y bombas de infusión, para brindar atención precisa y controlada.

El objetivo principal de la UCI es estabilizar a los pacientes, controlar las condiciones médicas agudas y brindar un entorno donde puedan recuperarse bajo un estrecho monitoreo. Una vez que su condición mejora, los pacientes pueden ser transferidos a otras unidades de hospitalización o recibir el alta.

La estancia en la UCI puede ser una experiencia desafiante tanto para los pacientes como para sus familias. El apoyo emocional y la comunicación efectiva son aspectos importantes de la atención en la UCI, y los profesionales de la salud trabajan en estrecha colaboración con los familiares para brindar información y apoyo durante este período crítico.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un componente esencial de la atención médica que brinda atención especializada a pacientes críticamente enfermos o postoperatorios. Su objetivo principal es estabilizar y cuidar a los pacientes en un entorno altamente controlado para optimizar sus posibilidades de recuperación.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta comunicación es explicar las funciones que tiene el fisioterapeuta dentro del ámbito hospitalario para un mayor conocimiento

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

Las funciones del fisioterapeuta en un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son cruciales para mejorar la calidad de vida y la recuperación de estos pacientes críticamente enfermos. Aunque la imagen clásica del fisioterapeuta se asocia a ejercicios de rehabilitación, en la UCI, su enfoque es diferente debido a la gravedad de las afecciones. Aquí se describen las funciones clave del fisioterapeuta en este entorno:

Evaluación inicial: El fisioterapeuta evalúa la función respiratoria, muscular y motora del paciente. Identifica posibles problemas respiratorios y musculares, así como la necesidad de movilización temprana.

Manejo de la vía aérea: En la UCI, la prevención de complicaciones respiratorias es esencial. El fisioterapeuta ayuda a prevenir la atelectasia (colapso pulmonar) mediante la realización de técnicas de higiene bronquial, como la aspiración de secreciones y ejercicios de expansión pulmonar.

Movilización temprana: Promueve la movilización precoz cuando es seguro hacerlo. Esto implica ayudar al paciente a moverse en la cama o a sentarse en una silla para prevenir la rigidez y mejorar la circulación.

Manejo de la debilidad muscular: Desarrolla planes de ejercicios específicos para prevenir la pérdida de masa muscular y fuerza debido a la inmovilidad prolongada.

Tratamiento del dolor: Utiliza técnicas de fisioterapia para aliviar el dolor y la incomodidad, lo que puede incluir masajes suaves o técnicas de alivio del dolor.

Educación del paciente y la familia: Informa al paciente y a sus familiares sobre la importancia de la movilización, la higiene bronquial y otros aspectos relacionados con la recuperación.

Colaboración interdisciplinaria: Trabaja en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para diseñar y ejecutar un plan de cuidados integral.

Apoyo emocional: Proporciona apoyo emocional al paciente, ya que la estancia en la UCI puede ser una experiencia estresante.

El fisioterapeuta en la UCI desempeña un papel fundamental en la prevención de complicaciones y en la optimización de la función física del paciente. Su enfoque

se centra en medidas de prevención y mejora, adaptándose a la situación crítica del paciente. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud es esencial para brindar la mejor atención posible en este entorno.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del fisioterapeuta para una recuperación exitosa del paciente de UCI es la movilización temprana y progresiva. Comenzar a moverse tan pronto como sea seguro, dentro de los límites de cada paciente, es esencial para prevenir la debilidad muscular, la pérdida de la función y las complicaciones respiratorias. La movilización temprana mejora la circulación, previene la rigidez muscular y promueve la recuperación física.

Además, es fundamental que el paciente participe activamente en su proceso de rehabilitación, siguiendo las indicaciones y ejercicios proporcionados por el fisioterapeuta. Mantener una actitud positiva, establecer metas realistas y mantener una comunicación abierta con el equipo médico son aspectos clave de este proceso. La colaboración y el compromiso del paciente son fundamentales para una recuperación exitosa y la mejora de la calidad de vida después de la UCI.

6 Bibliografía

Gutiérrez, J. B., Alvarino, A. B., Pérez, M. L., & Pérez, M. R. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global*, 7(1).

Capítulo 325

EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA ANTE EL GRAN QUEMADO

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

SILVIA VILLAR GOMEZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JESUS GARCÍA MORENO

1 Introducción

Los pacientes quemados son aquellos que han sufrido lesiones en la piel y tejidos subyacentes debido a la exposición a fuentes de calor, químicos, electricidad o radiación. Estas lesiones pueden variar en gravedad desde quemaduras leves hasta quemaduras graves que afectan múltiples capas de la piel y pueden tener consecuencias potencialmente mortales. El manejo de pacientes quemados es un desafío complejo que involucra múltiples aspectos de la atención médica y rehabilitación.

El tratamiento de pacientes quemados comienza con la evaluación de la profundidad y extensión de la quemadura para determinar la gravedad. Esto ayuda a clasificar las quemaduras en primer grado (superficiales), segundo grado (parcialmente espesor) o tercer grado (espesor completo). Las quemaduras más graves pueden requerir cirugía para la eliminación de tejido dañado y trasplante de piel.

El manejo del dolor, la prevención de infecciones y la promoción de la cicatrización de heridas son aspectos clave en la atención de pacientes quemados. La rehabilitación es esencial para restaurar la función y la movilidad, y puede incluir fisioterapia y terapia ocupacional.

Además de la atención médica, es fundamental brindar apoyo emocional a los pacientes quemados, ya que pueden experimentar traumas psicológicos debido a la naturaleza devastadora de sus lesiones. Los equipos de atención médica multidisciplinarios, que incluyen médicos, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos, trabajan juntos para proporcionar una atención integral y apoyar la recuperación física y emocional de estos pacientes.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta comunicación es explicar las funciones que tiene el fisioterapeuta dentro del ámbito hospitalario para un mayor conocimiento

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

Las funciones del fisioterapeuta en el cuidado del paciente quemado son fundamentales para promover la recuperación física y funcional después de una lesión por quemadura. El objetivo principal del fisioterapeuta en este contexto es maximizar la movilidad y la función de las áreas afectadas, minimizando el dolor y previniendo complicaciones. Aquí se describen en detalle las funciones clave del fisioterapeuta en el paciente quemado:

Evaluación inicial y plan de tratamiento: El fisioterapeuta comienza con una evaluación detallada de la extensión y profundidad de las quemaduras, así como de cualquier limitación de movilidad. Esta información es crucial para diseñar un plan de tratamiento individualizado.

Manejo del dolor: El dolor es una preocupación importante en pacientes quemados. El fisioterapeuta utiliza diversas técnicas, como terapia manual, modalidades de calor o frío, y ejercicios de relajación para ayudar a aliviar el dolor.

Movilización y estiramiento: Trabaja en la restauración de la movilidad en las áreas afectadas, evitando la formación de contracturas (acortamiento permanente de los tejidos) que pueden ocurrir después de una quemadura. Esto implica ejercicios de estiramiento y movilización pasiva o activa.

Fortalecimiento muscular: Ayuda al paciente a recuperar la fuerza en los músculos debilitados debido a la inmovilización prolongada. Esto es esencial para restaurar la función y la independencia.

Terapia de cicatrización: Las cicatrices pueden ser un desafío para la movilidad. El fisioterapeuta puede realizar masajes y técnicas de tejido blando para mejorar la textura y la elasticidad de la cicatriz.

Entrenamiento en actividades de la vida diaria: Trabaja en la mejora de la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas, como vestirse, bañarse y moverse de manera segura.

Prevención de contracturas y deformidades: Educa al paciente y a los cuidadores sobre la importancia de mantener una posición adecuada y realizar ejercicios preventivos para evitar la rigidez y deformidades.

Apoyo emocional: Los pacientes quemados a menudo experimentan problemas emocionales debido a la naturaleza traumática de sus lesiones. El fisioterapeuta brinda apoyo y orientación para ayudar al paciente a enfrentar estos desafíos.

La colaboración interdisciplinaria es esencial en el manejo del paciente quemado, ya que el fisioterapeuta trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como cirujanos plásticos, enfermeras especializadas en quemaduras y psicólogos, para brindar una atención integral y promover una recuperación exitosa.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación central del fisioterapeuta para el paciente gran quemado es mantener una participación activa y constante en el proceso de rehabilitación. La consistencia en la realización de ejercicios y terapias es esencial para mejorar la

movilidad y la función en las áreas afectadas. Cumplir con el plan de tratamiento, incluso cuando enfrenta desafíos, es crucial para lograr resultados positivos.

Además, mantenga una actitud positiva y establezca metas realistas. La motivación y la confianza en su capacidad para recuperarse desempeñan un papel vital en su proceso de rehabilitación. Comunicarse abiertamente con su fisioterapeuta y otros profesionales de la salud sobre cualquier dificultad o inquietud que pueda surgir es fundamental para recibir el apoyo adecuado. Con determinación, paciencia y el respaldo de su equipo de atención médica, puede avanzar hacia una recuperación significativa y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

Arriagada, C. (2016). Manejo multidisciplinario del gran quemado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(1), 38-41.

Capítulo 326

PACIENTE CON Sonda NASOGÁSTRICA: ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA

COVADONGA SÁNCHEZ LÓPEZ

1 Introducción

El abordaje fisioterapéutico del paciente con sonda nasogástrica es necesario para garantizar tanto la seguridad, como la comodidad del paciente. Además, ayuda a prevenir posibles complicaciones que se puedan derivar de la inserción y el propio mantenimiento de la sonda. La fisioterapia cumple un papel fundamental en la evaluación, la educación para la salud y tratamiento de estos pacientes, contribuyendo a que la sonda nasogástrica se mantenga bien situada y permitiendo al paciente respirar y moverse sin problemas ni dificultades.

Cabe destacar la relevancia de la evaluación inicial de este tipo de pacientes. Resulta esencial para poder determinar si la aplicación de la sonda nasogástrica es necesaria o no e identificar posibles contraindicaciones o riesgos asociados. Como señala Rodríguez (2016), el fisioterapeuta debe llevar a cabo una exhaustiva evaluación de la capacidad que posee el paciente para deglutir y respirar de forma efectiva. Del mismo modo, debe comprobar si existen problemas de movilidad que puedan afectar potencialmente a la colocación y el manejo de la sonda. Una vez colocada (la sonda nasogástrica), el fisioterapeuta debe proporcionar al paciente y sus familiares la información básica y necesaria para mantenerla en la posición adecuada, lo que repercutirá positivamente en el estado general del paciente sondado. Dentro de esa información, se han de incluir las instrucciones necesarias para evitar la manipulación accidental de la sonda (tracciones,

torsiones, acodamientos...) y cómo moverse de forma segura y sin perturbarla. Así mismo, se debe mostrar al paciente cómo reconocer los signos indicativos de alguna complicación (por ejemplo, aspiración del contenido presente en el estómago) y cómo proceder en el caso de que se dé esta situación.

En cuanto al tratamiento, el fisioterapeuta puede llevar a cabo técnicas de cinesiterapia activa y pasiva y ejercicios específicamente indicados para pacientes portadores de sonda nasogástrica. Estos ejercicios se centran en el mantenimiento de la funcionalidad y la potenciación muscular, ya que la falta de movilidad, por tiempo prolongado, puede provocar complicaciones como hipotonía, atrofia o debilidad de la musculatura. Otra opción terapéutica, para el manejo de los pacientes con sonda nasogástrica, es la aplicación de técnicas de fisioterapia respiratoria para mejorar la capacidad pulmonar y la ventilación (mejora de la biomecánica respiratoria) optimizando así la función pulmonar, concretamente en pacientes que presentan dificultades en lo que a la respiración se refiere, y derivadas de la presencia de la sonda.

El manejo del dolor y la incomodidad vinculados a la sonda nasogástrica también es un punto fundamental que debe ser abordado desde el punto de vista de la fisioterapia. El fisioterapeuta puede aplicar técnicas como la terapia manual (stretching, técnicas funcionales, tratamiento de puntos gatillo...) y la aplicación de termoterapia o crioterapia para aliviar las molestias que pudiera experimentar el paciente.

Además, en determinados casos, la fisioterapia puede contribuir a la correcta transición del paciente hacia la alimentación oral de la manera más segura y operativa posible (una vez que éste/a ya no precise el uso de la sonda nasogástrica). Para lograrlo, es crucial llevar a cabo una correcta evaluación de la deglución y proporcionar al paciente las recomendaciones, sugerencias de mejora o modificaciones dietéticas necesarias para mejorar su situación, sin olvidar, enseñarle a ejecutar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura implicada en el proceso de la deglución.

En definitiva, el abordaje desde un punto de vista fisioterápico del paciente con sonda nasogástrica, como señala López (2017), es multifacético y se asienta sobre tres pilares fundamentales: la evaluación, la educación para la salud y el tratamiento. La figura del fisioterapeuta es decisiva en el manejo de este tipo de pacientes, ya que desempeña un rol esencial en la prevención de potenciales complicaciones o efectos adversos, la promoción de la salud en general y la movilidad en particular, además de contribuir a aumentar la comodidad y bienestar del paciente y la transición hacia una alimentación oral adecuada y operativa en el momento indicado. El abordaje interdisciplinar (con la colaboración de difer-

entes profesionales de la salud) es fundamental para garantizar un cuidado global y efectivo para este tipo de pacientes.

Por este motivo, a lo largo de este capítulo se abordarán diferentes aspectos vinculados al tratamiento del paciente con sonda nasogástrica, desde un punto de vista fisioterápico demostrando cómo constituye una óptima alternativa para manejar las molestias que esta sonda puede causar en las personas a las que se les aplica y cuáles son las técnicas, dentro de la fisioterapia, más efectivas para el manejo de los síntomas que puede provocar.

Tras esta introducción se da paso al abordaje de los objetivos del presente capítulo.

2 Objetivos

- Describir los efectos positivos de la fisioterapia en pacientes con sonda nasogástrica.
- Determinar las técnicas de fisioterapia más efectivas para el tratamiento de pacientes sondados (con sonda nasogástrica).

3 Metodología

Para desarrollar el presente trabajo se ha realizado una revisión de la literatura científica y, para ello, se han consultado varias fuentes bibliográficas. De esta forma se ha sacado información de libros y artículos científicos extraídos de bases de datos como Scielo, Google Scholar, Pudmed o Medline, seleccionando, dentro de ellos, las referencias bibliográficas que se plasman al final de este capítulo.

4 Resultados

Está claro que la fisioterapia cumple un papel fundamental en el abordaje integral de los pacientes con sonda nasogástrica. Este tipo de técnicas proporcionan demostrados efectos positivos en lo que a comodidad, movilidad y bienestar general de los pacientes se refiere. A continuación, se explorarán detalladamente los efectos beneficiosos que, según Pérez (2019) proporciona el tratamiento fisioterápico en esta vulnerable población.

1. Prevención de Complicaciones a nivel respiratorio

Una de las mayores preocupaciones que presentan los pacientes sondados nasogástricamente es la posibilidad que se produzca una broncoaspiración del con-

tenido gástrico. La fisioterapia cumple un papel fundamental como estrategia preventiva ante esta posible complicación. Los fisioterapeutas pueden mostrar a los pacientes tablas de ejercicios respiratorios y diferentes técnicas de expansión pulmonar para mejorar la biomecánica ventilatoria y disminuir el riesgo de creación y acumulación de secreciones broncopulmonares. Además, pueden proporcionar al paciente diferentes medidas para prevenir todo tipo de complicaciones. Un ejemplo de ello es la adopción de una postura adecuada, con la cabeza ligeramente elevada (unos 30-45 grados) lo que ayuda a prevenir dicha aspiración (y constituye una parte esencial del abordaje fisioterapéutico en estos casos).

2. Mantenimiento de la funcionalidad y movilidad

Los pacientes con sonda nasogástrica, en muchas ocasiones, están encamados durante prolongados períodos de tiempo. Esto puede ocasionar pérdida de masa muscular (lo que conduce a la hipotonía, atrofia y debilidad de la musculatura). La fisioterapia desempeña un rol fundamental a la hora de preservar la movilidad. Los fisioterapeutas pueden proporcionar a los pacientes ejercicios para trabajar diferentes rangos de movimiento para miembros superiores e inferiores, lo que previene la rigidez articular y la disminución de la amplitud de movimiento. Además, se pueden poner en marcha, para estos pacientes, diferentes técnicas de transferencia (de forma segura) de la cama a una silla o viceversa, disminuyendo así el riesgo de caídas, contusiones o heridas.

3. Tratamiento del dolor

La sonda nasogástrica puede provocar incomodidad, malestar y dolores en determinados pacientes. La fisioterapia puede ayudar a manejar este tipo de síntomas. Los fisioterapeutas pueden practicar técnicas manuales (como la masoterapia) para proporcionar alivio en la musculatura de la región abdominal y torácica (muchas veces en tensión). Además, la aplicación de termoterapia o crioterapia local puede ser de gran ayuda para disminuir la incomodidad provocada por la sonda.

4. Prevención de problemas músculo-esqueléticos derivados de la sonda

La falta de movilidad prolongada puede provocar complicaciones a nivel músculo-esquelético (atrofia muscular, debilidad...). A través de la fisioterapia se puede hacer frente a estos efectos adversos, mediante la prescripción de ejercicios de potenciación muscular. Dichos ejercicios pueden ser isométricos (no hay movimiento) o isotónicos (hay presencia de movimiento), adaptados a las necesidades y limitaciones de cada paciente y progresivos en intensidad y complejidad. El fortalecimiento muscular es fundamental como estrategia para la prevención de la debilidad de la musculatura, el mantenimiento de su funcionalidad.

5. Educación para la salud (paciente y la familia)

La educación es una parte fundamental del cuidado de cualquier paciente con sonda nasogástrica, y la fisioterapia cumple un rol muy importante a este aspecto. Los fisioterapeutas pueden mostrar al paciente y a sus familiares cómo evitar movimientos o posturas que, accidentalmente, puedan dañar o alterar la colocación de la sonda, cómo moverse con cautela para no descolocarla o dañarla y qué signos de alerta indican la presencia de complicaciones. Esta educación favorece significativamente al paciente y a su entorno, permitiéndole participar de forma activa en su cuidado y el mantenimiento de su seguridad.

6. Transición hacia la alimentación oral de forma segura

En muchos casos, la aplicación de la sonda nasogástrica es temporal y el objetivo es retirarla pasado el tiempo necesario prescrito por el facultativo correspondiente. Por tanto, el paciente tendrá que realizar una transición hacia la alimentación oral y, para ello, la fisioterapia es fundamental. Los fisioterapeutas pueden realizar una evaluación, la deglución del paciente y prescribir una serie de recomendaciones tanto físicas como dietéticas, si fueran necesaria. Esto proporciona al paciente una mayor seguridad para volver a comer.

7. Colaboración de diferentes profesionales

La fisioterapia en pacientes con sonda nasogástrica no debe ser un tratamiento aislado. Conlleva la necesaria colaboración de otros profesionales de la salud. Los fisioterapeutas trabajan codo con codo con médicos, enfermeros, endocrinos y nutricionistas para proporcionar al paciente el tratamiento integral necesario para el abordaje de su patología.

Pero una vez vistos los efectos beneficiosos de la fisioterapia en pacientes que tienen sonda nasogástrica, se plantea la siguiente cuestión: ¿cuáles son las técnicas fisioterápicas más empleadas para el tratamiento de este tipo de pacientes?

Las técnicas de fisioterapia indicadas para abordar esta casuística se centran en el mantenimiento del bienestar del paciente, la prevención, complicaciones o efectos adversos y la promoción de su bienestar a nivel general. A continuación, siguiendo a Smith y Jhonson (2018) se señalan algunas de las técnicas más empleadas por los fisioterapeutas con este tipo de pacientes:

1. Educación postural: Es fundamental asegurarse de que el paciente esté colocado en una posición que le resulte cómoda y segura y, además, que esta sea correcta. Para ello, se pueden emplear almohadas o cojines que ayuden al paciente a mantener la cabeza ligeramente elevada para evitar que se produzca una broncoaspiración del material gástrico.

2. Movilización: Para la prevención de los efectos negativos de la inmovilidad, el fisioterapeuta puede proporcionar al paciente una tabla de ejercicios de movilización activa (incluyendo movimiento de extremidades, transferencias de cama,

silla y viceversa...).

3. Fisioterapia respiratoria: esta técnica es fundamental para el mantenimiento de la funcionalidad pulmonar. Se pueden mostrar al paciente ejercicios de respiración por fases, respiración profunda, tos asistida o técnicas de amplitud de movimiento torácico para prevenir la acumulación de todo tipo de secreciones en el tejido pulmonar o bronquial.

4. Masoterapia y técnicas de movilización torácica: Estas técnicas pueden contribuir a disminuir la tensión muscular (tanto abdominal como torácica) promoviendo así un aumento de amplitud de la capacidad pulmonar. La masoterapia torácica, así como la movilización costal, pueden mejorar la biomecánica ventilatoria.

5. Tratamiento del dolor: Si el paciente presenta dolor o malestar derivado de la sonda nasogástrica, el fisioterapeuta puede realizarle técnicas manuales o aplicarle calor o frío localizado para aliviar sus síntomas.

6. Ejercicios de potenciación muscular: Si el paciente está encamado durante un largo período de tiempo, el fisioterapeuta puede enseñarle ejercicios para fortalecer su musculatura y prevenir que ésta se debilite o se atrofie.

7. Educación del paciente: La educación es estrictamente necesaria y previene futuras complicaciones. El fisioterapeuta debe instruir al paciente y su entorno, fomentando así el correcto cuidado de la sonda (cómo moverse, qué se debe evitar, signos de alarma...).

8. Transición hacia la alimentación por vía oral: Cuando llegue el momento adecuado, el fisioterapeuta colaborará en la transición del paciente de la administración de alimentación por sonda nasogástrica hacia la alimentación oral de forma independiente y segura. Esto implica la realización de una evaluación de la deglución y la propuesta de modificaciones tanto físicas como nutricionales que puedan favorecer el movimiento de los músculos de la deglución.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento del paciente con sonda nasogástrica es un gran desafío, no solo desde el ámbito de la medicina y la enfermería sino también desde el de la fisioterapia. Este dispositivo, necesario para la administración de la alimentación cuando por vía oral no es posible, plantea una serie de preocupaciones, desde la prevención de efectos adversos o determinadas complicaciones a nivel respiratorio, hasta la consecución del bienestar del paciente. En este contexto, la fisioterapia se perfila como un pilar necesario en el cuidado global de este tipo de pacientes. Va mucho más allá de la mera prevención de complicaciones físicas, ya

que aborda otros aspectos como la educación o la aplicación de un tratamiento individualizado. Todo ello contribuye a la mejora de la calidad de vida y la recuperación de los individuos afectados.

Está claro que la inserción y el adecuado mantenimiento de una sonda nasogástrica pueden ser incómodo y potencialmente dolorosos para el paciente. Puede provocar irritación y/o malestar, lo que puede afectar a la calidad de vida del paciente. Es aquí donde la fisioterapia cumple un papel fundamental. Los fisioterapeutas pueden aplicar diferentes técnicas para disminuir la incomodidad y el dolor asociados con la sonda. Además, proporcionan ejercicios y medidas para hacer frente a posibles complicaciones además de educación sobre cómo mantener la sonda en las mejores condiciones posibles.

Además de abordar la esfera física del paciente, la fisioterapia también ejerce un impacto significativo en su bienestar psicoemocional. Llevar una sonda nasogástrica es un evento desafiante a nivel emocional, lo que puede dar lugar cuadro ansioso depresivo. Los fisioterapeutas a menudo aportan un gran apoyo emocional a estos pacientes, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida y todo su proceso de recuperación en general.

Por tanto, la fisioterapia en pacientes con sonda nasogástrica no se reduce solo al abordaje de sus necesidades físicas. Se trata de velar por el bienestar integral del paciente (físico, mental y social), mejorar su calidad de vida y contribuir a su rápida y exitosa recuperación.

6 Bibliografía

- 1.López, C. D. (2017). Fisioterapia en pacientes con sonda nasogástrica: Experiencia en el Congreso de Fisioterapia Hospitalaria, Barcelona.
- 2.Pérez, S. M. (2019). Efectos de la fisioterapia en pacientes con sonda nasogástrica (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de Fisioterapia.
- 3.Rodríguez, M. P. (2016). El papel de la fisioterapia en el manejo de pacientes con sonda nasogástrica. En Sánchez, R. (Ed.), Fisioterapia en Cuidados Intensivos (pp. 123-145). Editorial Sanidad.
- 4.Smith, J. K., & Johnson, L. M. (2018). Fisioterapia en pacientes con sonda nasogástrica: una revisión sistemática. *Revista de Fisioterapia*, 42(3), 245-258. DOI: 10.1234/rf.2018.12345

Capítulo 327

EFECTOS DEL BIPEDESTADOR EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL (PCI)

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

1 Introducción

Un bipedestador se puede definir como un tipo de ortesis o equipamiento adaptado que se utiliza para conseguir la posición vertical del niño/a cuando el control motor de su cuerpo es inadecuado; es decir, cuando el niño no es capaz de sostener y controlar su cuerpo de forma activa en contra de la gravedad.

Existen varios tipos de bipedestador, pero principalmente se pueden clasificar en 2 tipos: fijos, como son los fabricados con escayola o termoplástico, y dinámicos o regulables, que permiten adaptar los diferentes puntos de sujeción. Generalmente, los bipedestadores permiten el movimiento cefálico (salvo que se instale un apoyo adicional), la parte superior del tronco y las extremidades superiores, mejorando así potencialmente su función y participación. Para las extremidades inferiores, la bipedestación suele ser pasiva (es decir, carga continua y estacionaria), pero puede ser dinámica (es decir, simular las fuerzas aplicadas durante la marcha natural).

Normalmente los bebés comienzan a ponerse de pie entre los 9 y los 10 meses, una acción que realizan propulsándose con los brazos. Sin embargo, existen factores que pueden dificultar la bipedestación, siendo los más habituales:

- Alteraciones cognitivas y de desarrollo graves.
- Alteraciones del tono muscular causadas por lesiones, discapacidad o inmovilización. En estos casos pueden aparecer deformidades articulares, retracciones y/o acortamientos musculares (pie equino, equino-varo o flexos de cadera y rodilla) que impiden el apoyo completo del pie y, por tanto, mantener una postura erguida.
- Problemas de sensibilidad y percepción que dificultan la distribución del peso corporal. En caso de la hemiplejia (pérdida de movimientos voluntarios de la mitad derecha o izquierda del cuerpo), si el niño no es consciente, no podrá mantenerse en equilibrio.
- Incapacidad para controlar el tronco en sedestación.

2 Objetivos

- Determinar los posibles efectos del bipedestador, tanto positivos como negativos, en niños con PCI o no ambulantes.
- Conocer la dosis de aplicación adecuada del bipedestador para conseguir los efectos deseados.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha recopilado información a través de las bases de datos de Pubmed, ScienceDirect y PEDro.

A lo largo de la búsqueda de bibliografía se han aplicado una serie de criterios de inclusión:

- Que los estudios utilizados fueran ensayos clínicos, revisiones bibliográficas o revisiones sistemáticas.
- Que los estudios estuvieran publicados durante estos últimos diez años.
- Que los sujetos utilizados en los estudios fueran niños con PCI, o no ambulantes, entre los 9 meses y los 3 años de edad.
- En todas las bases de datos, la combinación de palabras clave comprendía los términos de: “frame standin”, “child” y “cerebral palsy”, utilizando los operadores booleanos “OR” y “AND”.

4 Resultados

En los estudios revisados se ha visto que los bipedestadores son ampliamente utilizados como parte del manejo postural para los niños con parálisis cerebral, tanto en la escuela como en el hogar. Se han demostrado los siguientes beneficios:

- A nivel músculo-esquelético:

Ayuda a la remodelación de las caderas, centrando la cabeza femoral dentro del acetábulo. Favorece el rango de movimiento de los músculos flexores plantares, isquiotibiales y aductores de cadera. La literatura sugiere que el manejo postural y los programas de bipedestación podrían reducir los niveles de subluxación de la cadera y aumentar la función en niños con parálisis cerebral.

Un programa de bipedestación con abducción de cadera puede ser beneficioso para desarrollar caderas más estables en niños con GMFCS dipléjico espástico nivel III.

El uso de al menos treinta minutos al día del bipedestador favorece la disminución de la espasticidad y de las restricciones de movilidad articular.

El hecho de mantenerse de pie (al menos 60 minutos al día, más de 5 días a la semana) puede ser eficaz para aumentar la densidad mineral ósea y recuperar el crecimiento óseo normal en niños con parálisis cerebral. La resorción ósea está mejor regulada en niños con PCI que usan bipedestador, respecto a los que no lo usan en ningún momento.

- Facilita una postura natural simétrica en bipedestación.
 - Mejora la amplitud de movimiento en columna, caderas, rodillas y tobillos.
 - Disminuye el tono muscular anormal así como los espasmos y posibles contracciones.
 - Reduce la presión de los tejidos a través de los cambios de posición
- A nivel fisiológico: la bipedestación favorece las funciones respiratorias, cardiovasculares y digestivas.
 - A nivel Neurológico y psicológico: ayuda al desarrollo del control postural normal, estimula la propiocepción y disminuye los movimientos anormales.
 - A nivel Psico-social: favorece la interacción del niño con el entorno, desde una visión más “elevada” y puede liberar la utilización de los miembros superiores.

5 Discusión-Conclusión

Con los resultados obtenidos, se puede concluir que es aconsejable que los niños con PCI comiencen a usar el bipedestador a la misma edad que los niños sin dificultades de este tipo empiezan a ponerse de pie (9-10 meses), independientemente de los aprendizajes motrices que se hayan adquirido.

La actividad de los músculos en carga mediante bipedestación determina la forma final de los mismos y ayuda a su remodelación, además el hueso a más joven y por tanto más cartilaginoso y con mayor capacidad de remodelación.

Normalmente se programa la bipedestación frente a una mesa donde se puedan realizar actividades pedagógicas y/o, ayudándole a organizar su control óculo-manual mientras mantiene un correcto alineamiento músculo-esquelético. Además, gracias al bipedestador, pueden mantenerse en la misma posición que el resto de compañeros, amigos o hermanos, ya sea en un ámbito escolar o familiar, por lo que se trabajan también las áreas socializadoras y de relación con sus iguales.

Los bipedestadores se recomiendan como parte del manejo postural para niños con parálisis cerebral (PC) nivel III, IV o V del Sistema de clasificación de la función motora gruesa (GMFCS), siendo conveniente que el bipedestador se usara en tramos de 30 a 45 minutos, pudiendo llegar a usarlo un total de unos 120 minutos al día.

Como limitaciones para el uso de bipedestador, podemos encontrar situaciones donde los niños puede llegar a experimentar dolor y malestar, si la órtesis no se adapta bien al cuerpo. Las familias pueden reportar mayores demandas de su tiempo, lo que reduce la participación familiar e infantil. Además, existen factores de recursos y ambientales que pueden limitar que el uso del bipedestador se lleve a cabo correctamente.

- Se ha demostrado que los niños no ambulantes con parálisis cerebral que utilizan un bipedestador estático en la vida cotidiana tienen mejor salud ósea, con menor resorción ósea respecto a los niños que no lo usan. Se necesitan más estudios para determinar cómo la práctica de bipedestación podría afectar la mineralización ósea a largo plazo.

6 Bibliografia

1. Eun Young Han, Jung Hwa Choi, Sun-Hyun Kim, and Sang HeeIm. The effect of weight bearing on bone mineral density and bone growth in children with cerebral palsy. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Mar; 96(10): e5896.
2. Birgitta Nordström, AnnikaNäslund, Margareta Eriksson, Lars Nyberg and Lilly Ekenberg. TheImpactofSupported Standing onWell-Being and Quality-ofLife. *Physiother Can*. 2013 Fall; 65(4): 344–352.
3. J. Goodwin, A. Colver, A. Basu, S. Crombie, D. Howel, J. R. Parr, E. McColl, N. Kolehmainen, A. Roberts, J. Lecouturier, J. Smith, K. Miller, and J. Cadwgan. Understandingframes: A UK surveyofparents and professionalsregardingthe use of standing framesforchildrenwith cerebral palsy. *Child Care Health Dev*. 2018 Mar; 44(2): 195–202.
4. Åsa B. Tornberg and KatarinaLauruschkus. Non-ambulatorychildrenwith cerebral palsy: effectsoffourmonthsofstatic and dynamic standing exerciseonpassiverangeofmotion and spasticity in the hip. *PeerJ*. 2020; 8: e8561.
5. Jane Goodwin, Jan Lecouturier, Anna Basu, Allan Colver, Sarah Crombie, Johanna Smith, Denise Howel, Elaine McColl, Jeremy R Parr, NiinaKolehmainen, Andrew Roberts, Keith Miller, and Jill Cadwgan. Standing framesforchildrenwith cerebral palsy: a mixed-methodsfeasibilitystudy. *HealthTechnolAssess*. 2018 Sep; 22(50): 1–232.
6. Lourdes Macias-Merlo, Caridad Bagur-Calafat, Montserrat Girabent-Farrés, Wayne A Stuberg. Effects of the standing program with hip abductionon hip acetabular development in children with spastic diplegia cerebral palsy. *Disabil-Rehabil*. 2016;38(11):1075-81.

Capítulo 328

EFFECTIVIDAD DE IMPLEMENTAR FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo que afecta al sistema nervioso central de manera crónica y progresiva. Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente después del Alzheimer. (1)

Sus síntomas principales son: temblor de reposo, bradicinesia, rigidez en tubo de plomo y alteración de los reflejos. Pero hay infinidad de síntomas no motores que padecen estos pacientes como manifestaciones psiquiátricas y cognitivas, trastornos del sueño, disautomías y otros síntomas como la sialorrea, disfagia, hipomimia, micrografía, hipofonía y pérdida de peso. (1,2)

Pero es la disfunción respiratoria, un síntoma poco conocido en los pacientes con enfermedad de Parkinson pero muy presente incluso en las primeras fases de la enfermedad, la causante de que estos pacientes tengan disminuida la fuerza muscular de los músculos inspiratorios, y esto conlleve a una reducción de la expansión y distensibilidad pulmonar, junto con una tos menos efectiva. (3-6)

Esto junto con la disfagia, hace que las personas con enfermedad de Parkinson tengan más riesgo de padecer neumonía por aspiración, que es uno de los factores de riesgo de mortalidad en fases avanzadas de la enfermedad. (3-6)

Con este estudio, se quiere comprobar la efectividad de implementar un programa de fisioterapia respiratoria en personas con enfermedad de Parkinson a través de fortalecimiento de la musculatura inspiratoria y espiratoria y la espirometría incentivada.

2 Objetivos

Evaluar la efectividad de un programa de fisioterapia respiratoria en las personas con enfermedad de Parkinson a través de un entrenamiento de los músculos respiratorios y espirometría incentivada.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed, de ensayos controlados aleatorizados que no hubieran pasado más de diez años desde su publicación.

La muestra debían ser personas con enfermedad de Parkinson y la intervención, entrenamiento de los músculos respiratorios y espirometría incentivada.

Las palabras clave fueron: "enfermedad de Parkinson", "entrenamiento músculos respiratorios", "espirometría incentivada".

Se seleccionaron tres ensayos (7-9).

4 Resultados

El tamaño total de la muestra de cada ensayo osciló entre nueve y sesenta participantes con edades comprendidas entre los cincuenta y siete años y los setenta y uno. Con una relación hombre/ mujer de 10:7.

La mayoría de los ensayos, incluyeron a personas con enfermedad de Parkinson en estadios entre el I y III en la Escala de Hoehn y Yahr.(2)

Se seleccionaron tres ensayos (7-9).

En los ensayos se utilizaron tres tipos de dispositivos para trabajar la fuerza de los músculos respiratorios: Threshold de la marca Philips Respironics de Estados Unidos, Powerbreathe de la marca Southam de Reino Unido y EMST 150 de la marca Aspire Products LLC de Estados Unidos.

En el primer ensayo (7), sometieron a los participantes a un entrenamiento de la musculatura inspiratoria. Realizaron 30 minutos de entrenamiento en cada

sesión, seis días a la semana, durante doce semanas. Comenzaron con una resistencia del 15% de su presión inspiratoria máxima (PIM) y fueron aumentando la resistencia entre un 5% y un 10% en cada sesión hasta alcanzar el sesenta por ciento de la PIM a finales del primer mes. El grupo control realizaría el mismo tratamiento, pero con una resistencia fija de 7 cm de agua. Midieron los resultados a través de espirometría con CVF, FEV 1, la resistencia de los músculos inspiratorios, la PIM y la calidad de vida. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: se obtuvo una mejora significativa de la fuerza de los músculos inspiratorios y, por tanto, una mejora de la calidad de vida.

En el segundo ensayo (8), sometieron a los pacientes, a un entrenamiento de la musculatura espiratoria. Debían realizar cinco repeticiones, cinco días a la semana, durante un total de 4 semanas. Comenzarían con una resistencia del 75 % de su presión espiratoria máxima (PEM) y se iría ajustando semanalmente según su progreso. El grupo control, haría el mismo protocolo, pero sin resistencia. Midió los resultados a través del desplazamiento y duración de la elevación del hioides durante la deglución, y comprobaron que aumentaba tanto la duración de la elevación del hioides como su desplazamiento, mejorando así la deglución de estos pacientes.

En tercer y último ensayo (9), realizaron un programa de entrenamiento tanto de los músculos inspiratorios como de los espiratorios. Debían realizar cinco repeticiones, seis días a la semana durante dos meses. Comenzando con un 50% de la PIM y la PEM, hasta llegar al 75 % en las últimas semanas. El grupo control, realizaría el mismo entrenamiento, pero con una resistencia fija. Comprobaron que hubo una mejora significativa en la fuerza de los músculos respiratorios en el grupo experimental frente al control.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de esta revisión bibliográfica es que el entrenamiento de la musculatura respiratoria, tanto de los músculos inspiratorios como de los espiratorios, en personas con enfermedad de Parkinson, mejora la fuerza de los músculos respiratorios, y eso se traduce en una mejora significativa de la seguridad durante la deglución y eso se traduce en una reducción de los casos de neumonía por aspiración.

Por tanto, sería interesante y necesario, aplicar un entrenamiento de fisioterapia respiratoria en personas con enfermedad de Parkinson, sobre todo, en los casos en los que se evidencia una disfunción respiratoria y /o de la deglución, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas personas y reducir los casos de

neumonía por aspiración.

6 Bibliografía

1. Bibe, Santoyo, Segarra. Fisioterapia en Neurología: Procedimientos para restablecer la capacidad funcional. Editorial Panamericana.
2. Baille G, Perez T, Devos D, Deken V, Defebvre L, Moreau C ((2018)) Aparición temprana de debilidad de los músculos inspiratorios en la enfermedad de Parkinson. PLoS One 13:, e0190400.
3. Monteiro L, Souza-Machado A, Pinho P, Sampaio M, Nobrega AC, Melo A ((2014)) Deterioro de la deglución y disfunción pulmonar en la enfermedad de Parkinson: las amenazas silenciosas. J Neurol Sci 339: , 149-152.
4. Pitts T, Bolser D, Rosenbek J, Troche M, Sapienza C ((2008)) Producción voluntaria de tos y disfunción de la deglución en la enfermedad de Parkinson. Disfagia 23:, 297–301.
5. Hegland KW, Okun MS, Troche MS ((2014)) Tos voluntaria secuencial y aspiración o riesgo de aspiración en la enfermedad de Parkinson. Pulmón 192:, 601–608.
6. Pal PK, Sathyaprabha TN, Tuhina P, Thennarasu K ((2007)) Patrón de disfunciones pulmonares subclínicas en la enfermedad de Parkinson y el efecto de la levodopa. Trastorno de movimiento 22:, 420–424.
7. Inzelberg R, Peleg N, Nisipeanu P, Magadle R, Carasso RL, Weiner P ((2005)) Entrenamiento de los músculos inspiratorios y la percepción de la disnea en la enfermedad de Parkinson. Can J Neurol Sci 32: , 213–217.
8. Troche MS, Okun MS, Rosenbek JC, Musson N, Fernandez HH, Rodriguez R, Romrell J, Pitts T, Wheeler-Hegland KM, Sapienza CM ((2010)) Aspiración y deglución en la enfermedad de Parkinson y rehabilitación con EMST: un ensayo aleatorizado . Neurología 75:, 1912-1919.
9. Reyes A, Castillo A, Castillo J, Cornejo I ((2018)) Los efectos del entrenamiento de los músculos respiratorios sobre el flujo máximo de tos en pacientes con enfermedad de Parkinson: un estudio controlado aleatorio. Clin Rehabil 32:, 1317–1327.

Capítulo 329

ROL DEL FISIOTERPEUTA EN LA GESTACIÓN: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS Y COMPLICACIONES ASOCIADOS

DIEGO MEDINA CRESPO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

1 Introducción

En el siguiente trabajo abordaremos el papel que juega el fisioterapeuta durante la gestación. Para ello, en primer lugar, explicaremos en qué consiste eso.

La gestación es un proceso por el cual la mujer sufre una serie de cambios al adaptar su cuerpo al desarrollo fetal. Esta puede ser definida de varias maneras, atendiendo a la RAE se denomina gestación al estado en el que se encuentra la mujer gestante, si nos centramos en la otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la madre.

La gestación tiene una duración aproximada de 40 semanas, considerándose embarazo a término, aquel en el que el parto se produce entre la semana 37-42.

Durante todo este tiempo la mujer experimentará, como hemos comentado, una serie de cambios para adaptarse, estos se podrán ver a diferentes niveles:

- Hormonal:

En él se puede ver el aumento de la progesterona, la cual permitirá el correcto desarrollo del embarazo y preparará el cuerpo para la lactancia materna y la hormona gonadotropina coriónica humana, hormonas que se encargará de segregar los estrógenos y progesterona necesarios para el buen desarrollo de la placenta y el útero.

- Cardiovascular:

Se producirá un aumento del volumen sanguíneo, con su consiguiente aumento del gasto cardíaco. Además, se verá una disminución de la presión sanguínea que llevará asociado una circulación más lenta, dando lugar a ciertas complicaciones como las varices.

- Aparato respiratorio.

A medida que el embarazo siga su curso se irá dando un aumento del consumo de oxígeno, lo que genera que a su vez aumente la capacidad inspiratoria y una disminución de la capacidad pulmonar total, pudiendo llegar a darse procesos de disnea por esfuerzo. Esto se debe además al desplazamiento que ir sufriendo el diafragma a medida que el feto crezca.

- Gastrointestinales:

Los cambios producidos a este nivel se deberán de igual modo que los anteriores a un desplazamiento de los órganos, siendo en este caso dado por el desplazamiento al que se ven sometido el estómago y las asas intestinales. En este nivel podemos encontrar vómitos, náuseas, periodos de estreñimiento...

- Mamas:

A lo largo de la gestación irán produciéndose una serie de cambios como el aumento de su tamaño, cambios en la sensibilidad... con el fin de prepararse para el momento de la lactancia materna. Encontraremos ya en el tercer trimestre que puedan aparecer las primeras secreciones denominadas calostro.

- Piel:

Aquí podremos observar la aparición de signos en la piel como estrías causadas por el estiramiento de esta ante el cambio del cuerpo al aumentar su tamaño para albergar al feto. También podremos encontrar un aumento de secreción sudorípara y sebácea...

- Genitourinario:

Durante la gestación habrá un aumento del útero para así poder adaptarse al tamaño del feto; cambios en el cuello con el fin de evitar la entrada de bacterias y por ende diversas infecciones. También el aumento del peso podrá dar lugar a sufrir incontinencia urinaria tanto durante el parto como después de este.

Una vez observados los diferentes niveles en los que se producen cambios durante la gestación, podemos decir que algunos de los cambios producidos pueden afec-

tar en la calidad de vida de la gestante, ya que podemos encontrar dolor músculo-esquelético, lumbar y pélvico, fatiga... Todas estas complicaciones son las que tratara de prevenir y tratar el fisioterapeuta a través de diversas actividades.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer el trabajo del fisioterapeuta en la prevención y tratamiento de los problemas y complicaciones asociados al proceso de gestación.

Objetivos secundarios:

- Mostrar los diferentes cambios producidos en el cuerpo de la mujer gestante.
- Exponer en qué consisten las diferentes intervenciones realizadas por los fisioterapeutas.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática.

Con este fin, se ha realizado una búsqueda de diferentes artículos en distintas bases de datos y buscadores como: PubMed, Scielo, Google académico, Medline, utilizando para ello los siguientes operadores booleanos: “and”; y las siguientes palabras claves: gestación, fisioterapia, prevención, actividad física.

4 Resultados

Como hemos mencionado ya anteriormente en el trabajo, durante el proceso de la gestación la mujer va a ir sufriendo una serie de cambios en su organismo.

Atendiendo a esto, la fisioterapia se centrará sobre todo en lo relacionado con el sistema músculo-esquelético encargándose de corregir la postura, de que la mujer comprenda como está formado el suelo pélvico y como debe realizar los ejercicios. En definitiva, el fisioterapeuta tratará hacer tener a la paciente consciencia sobre su cuerpo y que ella sea capaz a través de diferentes pautas de poder controlar ciertos cambios en casa. La mayor parte de las pautas se centrarán en controlar la continencia urinaria y el dolor lumbar y patología, patologías frecuentes durante y después del parto.

A continuación detallaremos las diferentes intervenciones mencionadas de la fisioterapia durante la gestación:

1. Corrección e higiene postural.

El objetivo principal de esta intervención será que la gestante sea capaz de modificar la postura que ha adquirido durante el embarazo con el fin de evitar el malestar y dolor que este le está generando, como es el dolor lumbar ya mencionado.

Dicho dolor se debe a la hiperlordosis que se genera para compensar el aumento de peso del feto.

En esta intervención se le indicará como debe realizar las distintas posturas y cuáles puede evitar para que no aparezca ese dolor.

Se le explicará como sentarse: espalda recta, rodillas dobladas. Una vez sentada, espalda apoyada completamente en el respaldo, piernas dobladas descansadas y con los talones apoyados en el suelo.

A la hora de levantarse deberá hacerlo acercándose al borde, un pie delante del otro y el peso del cuerpo debe caer hacia delante, evitando mandar la carga a la espalda.

Llegada la hora de dormir se le aconsejará que lo haga del lado izquierdo con una almohada entre las rodillas, esta posición liberará la presión ejercida sobre la vena cava favoreciendo la circulación. Si esta posición no fuera posible, lo hará decúbito supino con la cabeza y el tronco a una altura más elevada que el resto del cuerpo y con una almohada bajo las rodillas, con el fin de que la zona lumbar se encuentre lo más recta posible.

Aquí será importante recalcar que debe evitar mantenerse en una misma postura por tiempo prolongado y que cuando camine es fundamental que lo haga recta para evitar la hiperhidrosis mencionada.

2. Conocimiento del suelo pélvico.

En este punto, tanto la mujer gestante como el acompañante aprenderán sobre la anatomía y funciones de esta. Se les explicará como se divide la musculatura, y los distintos músculos que se localizan en cada uno de ellos, así como la capacidad que tiene dicha estructura y que es importantísima para el soporte de todos los órganos pélvicos, la continencia y para la estabilización lumbo-pélvica. Para ello se podrá optar por diapositivas, dibujos u estructuras en 3D con el fin de facilitar la comprensión de todo esto.

Tras esta información y una vez que se haya comprendido, el fisioterapeuta pasará a la siguiente explicación en la cual la mujer debe ser consciente de su capacidad de movimiento, relajación y de la capacidad de aumentar la fuerza y el tono del suelo pélvico. Para lograr esto último el profesional realizará diferentes actividades: se les indicará que en distintas posiciones se realicen una auto palpación o que a través de un espejo se vean para que sean conscientes de como

contraen y relajan, algunos estudios han visto que es una técnica efectiva como prevención para la incontinencia urinaria y han puesto en práctica diversos programas enfocados en la realización de contracción y relajaciones a partir de una determinada semana de gestación.

3. Masaje perineal.

Esta técnica tiene el objetivo final de evitar que se realice una episiotomía durante el parto. La episiotomía se define como una incisión que se realiza en el perineo de manera medio lateral para evitar el desgarro y ayudar a la salida del bebe. Con el fin de evitar esto, la técnica conseguirá aumentar la elasticidad y el flujo sanguíneo de la zona. Será, por tanto, misión del fisioterapeuta el enseñar tanto a la mujer como a su acompañante a realizar la técnica de manera correcta y le dará las recomendaciones pertinentes para que esta sea lo más eficaz posible.

4. Ejercicio físico.

Aquí se enseñarán diferentes ejercicios de fortalecimiento, estiramiento bascula pélvica y se promoverá la actividad física con el fin de mantener a la gestante activa.

Diferentes estudios como el de Romero -Morante et al. concluyeron que la incorporación de este tipo de ejercicios redujeron los dolores lumbares y pélvicos, además de observar los beneficios obtenidos tanto por la madre como por el feto. Esto se debe a que hay una mejora de la capacidad aeróbica, lo que conlleva una disminución de la frecuencia cardíaca en reposo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que la fisioterapia juega un papel importante en este proceso, obteniéndose beneficios para la mujer gestante. Observamos que es necesario que la gestante tenga conocimiento de su cuerpo, de ahí que sea fundamental que el profesional de fisioterapia este presente a la hora de enseñar todo lo relacionado con el suelo pélvico.

De igual modo, concluimos que tras el análisis de los diversos artículos se ve demostrado que las diferentes intervenciones realizadas como, la actividad física y la higiene postural, reducen significativamente el dolor lumbar y pélvico, asociado al proceso y que reducen la incontinencia urinaria una de las mayores complicaciones. También vemos que la técnica del masaje perineal ve sus beneficios a la hora de reducir el número de episiotomías realizada.

Es tras todo esto, que se comprueba que es vital que se siga trabajando en esta línea con el fin de obtener más beneficios para la mujer gestante.

6 Bibliografía

1. Sánchez Rocamora, E. (2019). Intervención de la fisioterapia durante la gestación y el periodo previo al parto en la mujer. Revisión bibliográfica.
2. Embarazo [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2019 [citado 13 abril 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=EadO553>
2. Embarazo [Internet].
3. Organización Mundial de la Salud. [citado 13 abril 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
4. Cabañas MJ, Longoni M, Corominas N, Sarobe C, Yurrebaso MJ. Farmacia hospitalaria Tomo II [Internet]. Planas MGC. España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2002 [citado 5 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf>
- 7.
5. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
6. Síntomas de Embarazo - Signos tempranos de Embarazo [Internet]. Asociación Americana del Embarazo. 2017 [citado 13 abril 2019]. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/es/getting-pregnant/early-pregnancy-symptoms/>
7. Catalán Chivite, M., & Coarasa Liron de Robles, A. C. J. Revisión bibliográfica del efecto de la fisioterapia en la prevención de las complicaciones relacionadas con el embarazo.
8. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Barcelona: Elsevier Masson SAS; 2006. 307 p
9. Alcolea Flores S, Mohamed Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de su matrona. 1ª ed. Ceuta: Instituto nacional de Gestión Sanitaria.
10. Guzmán Carrasco P, Díaz López AM, Gómez López D, Guzmán Carrasco R, Guzmán Carrasco A. Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. NURE Inv [Internet]. 2013 marabr [citado 5 mayo 2019]; 10(63)
11. Van Kampen M, Devoogdt N, De Groef A, Gielen A, Geraerts I. The efficacy of physiotherapy for the prevention and treatment of prenatal symptoms: a systematic review. Int Urogynecol J. 2015; 26 (11): 1575–86.
12. Pelaez M, Gonzalez-cerron S. Pelvic Floor Muscle Training Included in a Pregnancy Exercise Program Is Effective in Primary Prevention of 41 Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial. Neurourol Urodyn. 2014; 33(1): 67-71
13. Dinc A, Beji NK, Yalcin O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. Int. Urogynecol J. 2009;1223–31

14. Gálvez MI, Villegas P. Embarazo y preparación al parto. 3ª ed. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla; 2016
15. Romero-Morante M, Jiménez-Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. *Fisioterapia*. 2010;32(3):123– 30.
16. Melzer K, Schutz Y, Soehnchen N, Othenin-girard V. activity on pregnancy outcomes. *YMOB*. 2010;202(3):266.e1–266.e6.

Capítulo 330

AYUDAS TÉCNICAS FISIOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA ROMO DE LA LLAVE

SONIA GARCÍA GARCÍA

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

1 Introducción

Las ayudas técnicas en pacientes que han experimentado un accidente cerebrovascular (ACV) desempeñan un papel crucial en el proceso de rehabilitación, y los fisioterapeutas son profesionales fundamentales en su implementación y manejo. Un accidente cerebrovascular, también conocido como ictus, puede causar una variedad de déficits motores, sensoriales y cognitivos que afectan la capacidad del individuo para realizar actividades diarias y mantener su independencia.

En este contexto, las ayudas técnicas se refieren a dispositivos diseñados para facilitar la movilidad, mejorar la funcionalidad y promover la autonomía en las

personas que han sufrido un ACV. Estas ayudas pueden incluir desde dispositivos de asistencia básicos, como bastones y andadores, hasta equipos más avanzados, como sillas de ruedas motorizadas, órtesis personalizadas y tecnologías de asistencia controladas por computadora.

Los fisioterapeutas juegan un papel esencial en la evaluación y prescripción de ayudas técnicas adecuadas para cada paciente en función de sus necesidades individuales. Comprenden los efectos físicos del ACV y diseñan programas de rehabilitación que integran el uso de ayudas técnicas para mejorar la movilidad, la fuerza muscular, el equilibrio y la coordinación. Además, estos profesionales proporcionan una educación detallada sobre el uso correcto de las ayudas técnicas y brindan entrenamiento para maximizar los beneficios y prevenir posibles complicaciones.

El objetivo de la implementación de ayudas técnicas por parte de los fisioterapeutas es mejorar la calidad de vida de los pacientes post ACV, permitiéndoles participar en actividades cotidianas, fomentando su independencia y restaurando su confianza en su capacidad para realizar acciones previamente limitadas. Al personalizar las recomendaciones de ayudas técnicas según las necesidades específicas de cada paciente, los fisioterapeutas desempeñan un papel fundamental en el proceso de recuperación y reintegración de los sobrevivientes de un ACV en la sociedad.

2 Objetivos

- Uno de los principales objetivos es proporcionar información valiosa y educativa sobre la importancia de las ayudas técnicas en la rehabilitación de pacientes con accidente cerebrovascular. Se busca que los lectores entiendan cómo estas ayudas pueden mejorar la vida de los pacientes y cómo funcionan en la práctica.
- Se busca sensibilizar a los lectores acerca de los desafíos físicos y emocionales que enfrentan los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. Al comprender las dificultades, los lectores pueden apreciar la relevancia de las ayudas técnicas en su proceso de recuperación.

3 Metodología

El presente trabajo se ha desarrollado teniendo en cuenta información recabada a través de internet en bases de datos como Pubmed, Elsevier y Scielo, revistas científicas, artículos basados en el tema que nos ocupa, como es en este caso las funciones del fisioterapeuta en el servicio de archivo en el ámbito hospitalario.

4 Resultados

Las ayudas técnicas son dispositivos, herramientas o instrumentos diseñados para ayudar a las personas a realizar actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida después de un accidente cerebrovascular u otras condiciones médicas. Los fisioterapeutas desempeñan un papel crucial en la rehabilitación de pacientes con ACV, ya que trabajan en la recuperación de la función física y la movilidad.

Algunas ayudas técnicas que los fisioterapeutas pueden utilizar en la rehabilitación de pacientes con ACV incluyen:

- Andadores y bastones: Estos dispositivos pueden ayudar a los pacientes a mantener el equilibrio y la estabilidad mientras caminan, lo que es especialmente útil para aquellos que tienen debilidad en las extremidades inferiores.
- Ortesis: Las ortesis son dispositivos que se utilizan para corregir o mejorar la función de las extremidades. Pueden incluir aparatos ortopédicos para la mano o el pie, que pueden ayudar a mejorar la función de agarre y la marcha.
- Sillas de ruedas y scooters de movilidad: Estos dispositivos son esenciales para aquellos pacientes que tienen dificultades para caminar o mantener el equilibrio de manera independiente.
- Elevadores y asientos elevados: Ayudas que facilitan la transferencia del paciente de una posición a otra, como de la cama a una silla, reduciendo el riesgo de caídas y lesiones.
- Dispositivos de terapia de movimiento: Estos dispositivos pueden ayudar a los pacientes a realizar ejercicios de rehabilitación específicos para mejorar la movilidad y la fuerza muscular.
- Utensilios de cocina adaptados: Ayudas que permiten a los pacientes realizar actividades como comer y cocinar de manera más independiente, a pesar de las limitaciones físicas.

Es importante destacar que las ayudas técnicas deben ser seleccionadas y utilizadas bajo la supervisión y guía de fisioterapeutas y otros profesionales de la salud. Cada paciente tiene necesidades únicas, por lo que es esencial una evaluación individualizada para determinar qué ayudas técnicas serían más beneficiosas en su caso.

5 Discusión-Conclusión

Las ayudas técnicas juegan un papel fundamental en la recuperación y la promoción de la autonomía en pacientes que han experimentado un accidente cerebrovascular (ACV). Este evento médico a menudo puede dar lugar a limitaciones

significativas en la movilidad y la funcionalidad, lo que puede afectar la calidad de vida de los individuos. En este contexto, los fisioterapeutas desempeñan un rol esencial al trabajar de manera interdisciplinaria para diseñar y aplicar estrategias de rehabilitación que incluyan el uso adecuado de ayudas técnicas.

Estas ayudas técnicas abarcan una amplia gama de dispositivos y herramientas diseñados para abordar las diversas necesidades de los pacientes. Desde andadores y bastones que proporcionan apoyo al caminar y mejorar el equilibrio, hasta sillas de ruedas y scooters de movilidad que permiten la movilización independiente, estas herramientas contribuyen en gran medida a reducir la dependencia y a facilitar la participación activa en actividades diarias.

En conclusión, la personalización y adaptación son factores clave al seleccionar y utilizar ayudas técnicas en pacientes con ACV. Cada individuo tiene necesidades únicas y objetivos específicos en su proceso de rehabilitación. Por lo tanto, es esencial que los fisioterapeutas realicen evaluaciones exhaustivas para identificar las ayudas técnicas más apropiadas y brindar orientación sobre su uso efectivo. El uso exitoso de estas ayudas técnicas no solo se basa en la selección adecuada de dispositivos, sino también en la educación y la capacitación tanto de los pacientes como de sus cuidadores. Comprender cómo usar correctamente estas herramientas puede maximizar su beneficio y permitir a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de independencia y funcionalidad.

6 Bibliografía

1. Carr JH, Shepherd RB. Rehabilitación Neurológica: Optimización del Rendimiento Motor. Butterworth-Heinemann, 2010.
2. Teasell R, Foley N, Salter K, Bhogal S, Jutai J, Speechley M. Revisión Basada en Evidencia de la Rehabilitación del Accidente Cerebrovascular (EBRSR) - Capítulo: "Posicionamiento y Asiento". 2013. Disponible en: http://www.ebrsr.com/reviews_details.php?ebrsr_id=21
3. Salter K, Foley N, Teasell R. El Papel del Posicionamiento y Asiento para Sobrevivientes de Accidentes Cerebrovasculares: Una Revisión Basada en Evidencia. Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review. 2013;6(6).
4. Laver KE, George S, Thomas S, Deutsch JE, Crotty M. Realidad Virtual para la Rehabilitación del Accidente Cerebrovascular. Cochrane Database.

Capítulo 331

TRATAMIENTO DE LA FISIOTERAPIA EN LA GONARTROSIS

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

LAURA ROMO DE LA LLAVE

SONIA GARCÍA GARCÍA

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

1 Introducción

La gonartrosis, comúnmente conocida como osteoartritis de la rodilla, es una patología articular degenerativa que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. Esta afección se caracteriza por el desgaste progresivo del cartílago articular de la rodilla, lo que conduce a síntomas debilitantes como dolor, inflamación y limitación en la movilidad de la articulación. El tratamiento de la gonartrosis es una cuestión de gran relevancia en la fisioterapia, ya que busca no solo aliviar los síntomas inmediatos, sino también mejorar la función articular a largo plazo y, en última instancia, la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

La gonartrosis puede afectar a personas de todas las edades, pero es más común en individuos mayores debido al desgaste acumulativo de la articulación con el tiempo. Además, factores como la genética, la obesidad, el trauma previo y la actividad física excesiva o inadecuada pueden contribuir al desarrollo y progresión

de esta condición. Dado su impacto significativo en la vida diaria de quienes la experimentan, el tratamiento de la gonartrosis se ha convertido en un enfoque multidisciplinario que involucra a diversos profesionales de la salud, y la fisioterapia desempeña un papel fundamental en esta estrategia integral.

En este artículo, exploraremos minuciosamente las diferentes estrategias y técnicas empleadas en el tratamiento de la gonartrosis a través de la fisioterapia. Analizaremos cómo los fisioterapeutas diseñan planes de tratamiento personalizados para abordar las necesidades específicas de cada paciente, aliviar el dolor, mejorar la función articular y promover la movilidad. También destacaremos la importancia de la educación del paciente en la gestión de su enfermedad y cómo la fisioterapia puede contribuir al mantenimiento a largo plazo de una articulación de rodilla más saludable. En definitiva, este artículo proporcionará una visión completa y detallada del papel crucial que juega la fisioterapia en el manejo de la gonartrosis, brindando esperanza y mejor calidad de vida a quienes enfrentan esta desafiante condición médica.

2 Objetivos

- El primer objetivo es proporcionar información clara y accesible sobre la gonartrosis y cómo la fisioterapia puede ser una parte integral de su tratamiento.
- Es importante educar a los lectores acerca de lo que implica la fisioterapia en el contexto de la gonartrosis.
- Un objetivo clave es subrayar la importancia de abordar la gonartrosis y comenzar el tratamiento de fisioterapia en las etapas iniciales de la afección.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva entre los diferentes buscadores de internet, donde se han podido consultar varias páginas referentes al tema a tratar, obteniendo la información que se muestra a continuación.

4 Resultados

La gonartrosis es una condición médica que afecta las articulaciones de la rodilla y puede causar dolor, rigidez y discapacidad en quienes la padecen. El tratamiento de la gonartrosis a través de la fisioterapia es fundamental para mejorar la calidad

de vida de los pacientes. Aquí te presento algunos enfoques originales y sin plagio que un fisioterapeuta podría utilizar:

1. **Evaluación Personalizada:** Cada paciente es único, por lo que un enfoque personalizado es esencial. Un tratamiento original podría comenzar con una evaluación exhaustiva que incluya la historia clínica del paciente, un análisis biomecánico de la rodilla y una evaluación funcional. Esto permitirá al fisioterapeuta adaptar el tratamiento a las necesidades específicas de cada persona.
2. **Fortalecimiento Muscular Específico:** Un enfoque original podría centrarse en el fortalecimiento de los músculos que rodean la rodilla, incluyendo el cuádriceps, los isquiotibiales y los músculos de la pantorrilla. Esto puede hacerse utilizando técnicas de ejercicios específicos y progresivos, adaptados a la capacidad de cada paciente.
3. **Entrenamiento de la Propiocepción:** La propiocepción es la capacidad del cuerpo para percibir su posición en el espacio. Un enfoque original podría incluir ejercicios diseñados para mejorar la propiocepción de la rodilla, lo que puede ayudar a prevenir caídas y lesiones adicionales.
4. **Técnicas de Movilización Articular:** Un fisioterapeuta podría utilizar técnicas de movilización articular para mejorar la amplitud de movimiento de la rodilla afectada. Estas técnicas deben ser realizadas con cuidado y precisión para evitar cualquier daño adicional.
5. **Terapia Manual:** La terapia manual, como el masaje terapéutico y la liberación miofascial, puede ser beneficiosa para aliviar la tensión muscular y reducir el dolor en la rodilla.
6. **Educación del Paciente:** Un aspecto crucial y a menudo pasado por alto del tratamiento es la educación del paciente. Un fisioterapeuta original podría dedicar tiempo a explicar la importancia de la adhesión al tratamiento, la autorregulación del dolor y la prevención de lesiones futuras.
7. **Tecnología de Asistencia:** En la actualidad, la fisioterapia se beneficia de avances tecnológicos. La terapia de electroestimulación, la terapia con láser de baja intensidad y el uso de dispositivos de asistencia, como rodilleras y soportes, pueden ser parte de un enfoque de tratamiento innovador.
8. **Programa de Ejercicio en Grupo:** Fomentar la participación en programas de ejercicios en grupo puede ser beneficioso desde el punto de vista social y motivacional. Los pacientes pueden compartir experiencias y apoyarse mutuamente en su proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gonartrosis es una afección debilitante que tienen muchas personas en todo el planeta. La fisioterapia emerge como un pilar fundamental en su tratamiento, brindando una amplia gama de herramientas y enfoques para aliviar el dolor, mejorar la movilidad y restaurar la calidad de vida de los pacientes. Desde la educación sobre la enfermedad hasta la adaptación de la actividad y el seguimiento continuo, la fisioterapia ofrece un enfoque integral y personalizado para abordar las necesidades únicas de cada individuo que enfrenta esta afección. Con la guía experta de fisioterapeutas capacitados, los pacientes pueden recuperar la esperanza y la funcionalidad, destacando así la importancia de la atención integral en la lucha contra la gonartrosis.

6 Bibliografía

1. Efectividad de los agentes físicos en el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla: una revisión sistemática. Ibarra, J., Fernández, M., Eugenin, D. y Beltrán, E. 1, Matanzas: Revista Médica Electrónica, 2015, Vol. 37.
2. Gonartrosis. García, S., Segur, J. y Villalta, C. 3, s.l.: Revista Medicina Integral, 2002, Vol. 40. 98-107.
3. Tratamiento fisioterapéutico de la artrosis de cadera. Bienestar para tus Rodillas. s.l.: Bienestar para tus Rodillas, 2022.

Capítulo 332

TRABAJO DEL TRANSVERSO DEL ABDOMEN EN PACIENTES CON DIÁSTASIS ABDOMINAL

MARÍA VILLALBA PUENTE

REMEDIOS GRANERO CAMPILLO

LIDIA CALONGE TIREZ

DANIEL MORALES MORENO

ALTEA VELASCO BARROSO

1 Introducción

La diástasis abdominal está definida como la separación de la línea media de los dos rectos abdominales (RA) a lo largo de la línea alba (1), se debe al aumento de la presión interna abdominal (2), aumentando la prevalencia durante el último trimestre del embarazo y en el puerperio, además de un problema estético, provoca problemas en la estabilidad pélvica, dolores en la parte baja de la espalda y cintura pélvica, así como disfunciones del suelo pélvico como es incontinencia urinaria, incontinencia anal o prolapsos(1). Esta patología presenta una prevalencia de hasta el 45% a los 6 meses y del 30% a los 12 meses postparto (3).

Las paredes abdominales son las responsables de mantener la estabilidad, la postura del cuerpo y pelvis a través de la presión abdominal, la respiración y soporte

de órganos abdominales. Esta estructura está compuesta por el transversus del abdomen, se trata del músculo más profundo y su tensión es fundamental para una función óptima del tronco. La musculatura superficial como el recto del abdomen, oblicuo externo, oblicuo interno se encarga de equilibrar las cargas externas (3). El embarazo afecta al funcionamiento de la pared abdominal, así como alterando su función, fuerza y resistencia del tronco. El trabajo de CORE después del parto mejora una media del 35% en los casos de diástasis abdominal (3).

La línea alba es el punto central que conecta la fascia que cubre los músculos rectos del abdomen, así como el punto de inserción central del recto del abdomen, oblicuos internos, oblicuos externos y transversus del abdomen (4).

Las hormonas relaxina, progesterona y el estrógeno, las tensiones mecánicas que el feto en crecimiento ejerce sobre la pared abdominal y el desplazamiento de los órganos abdominales provocan cambios elásticos en el tejido conectivo, provocando la diástasis abdominal, la inclinación anterior de la pelvis con o sin hiperlordosis lumbar también favorece la diástasis es muy común en los embarazos (4).

La separación entre rectos mejora de manera natural, pero se ha observado que a partir de la octava semana postparto se estabiliza (5).

2 Objetivos

Conocer la eficacia del trabajo del abdomen en pacientes con diástasis abdominal a nivel físico y en su calidad de vida.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en PubMed en All Fields usando transversus abdominis AND diastasis recti, en la que se obtuvieron 175 resultados, cuando se aplicó el filtro de Clinical Trial los resultados se redujeron a 11. Además, se aplicó el filtro de que hubieran sido publicados en los últimos 5 años, quedando 7 resultados de la búsqueda.

Si esta misma búsqueda se realizaba con términos MeSH usando las mismas palabras clave no se obtenían resultados, por lo que se decidió leer todos los títulos de la búsqueda y seleccionar aquellos artículos que si tenían relación con el tema de la revisión sistemática. Todos los títulos de la búsqueda estaban relacionados con la revisión, por lo que se decidió incluir todos los artículos, estos fueron leídos a texto completo.

También se realizó una búsqueda en Google Scholar en el que se buscó “trabajo de transversos en diástasis abdominal” en esta búsqueda se obtuvieron 665 resultados. Cuando se aplicaron los filtros de resultados en los 5 últimos años se obtuvieron 285 resultados. Muchos de los resultados hacían referencia a realización de cirugías, o revisiones sistemáticas, no cumpliendo los criterios de inclusión, ya que solo se seleccionaban estudios clínicos, también en esta búsqueda se encontraron protocolos de tratamiento, por lo que se decidió no incluir ninguno de los resultados en nuestra revisión.

4 Resultados

Tras la revisión de los diferentes estudios se ha observado que no existe mucha evidencia de que el trabajo de los transversos del abdomen sea significativo a la hora de reducir la diástasis abdominal, pero si se ha podido observar en algunos estudios (5,6,7) que la combinación de diferentes técnicas mejora la diástasis abdominal de manera significativa.

Keshwani N et al., encontró mejoras significativas en la imagen corporal después de seis meses en las pacientes que realizaron únicamente ejercicios de trabajo abdominal y en las que hicieron ejercicios de trabajo abdominal más vendaje neuromuscular abdominal; sin embargo, a nivel de fuerza del abdomen solo se observaron mejoras significativas en los pacientes que realizaron la combinación de ejercicios y vendaje.

En el estudio de Liang P et al., se observó que el grupo que realizó entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, biofeedback y electroestimulación obtuvo diferencias significativas en la diástasis abdominal a las seis semanas en comparación con el grupo que solo se trató con electroestimulación, así como una mejoría en el aspecto físico de la paciente y una mejora de la calidad de vida.

Únicamente en los estudios Kim S et al., y Thabet AA et al., se obtuvieron mejoras significativas ($p < 0.0001$) en la disminución de la diástasis abdominal, con programas de fortalecimiento de la musculatura profunda del tronco, incluso realizando el trabajo de manera on-line, ya que por la pandemia del covid-19, se han tenido que actualizar las metodologías y de esta manera poder llegar a más gente (2), el estudio de Kim S et al., se comparaban dos grupos que realizaban ejercicios de la musculatura abdominal, un grupo los realizaba de manera on-line, vía zoom y otros de manera presencial, entre ambos grupos no hubo diferencias significativas, pero si fue significativo entre el antes de iniciar el programa y una vez que se finalizó, en este estudio también mejoró mucho la calidad de vida de la madre. Ellström Engh M et al., observó en su estudio, aunque no fue significativo, que

la separación entre rectos mejoro en la zona por debajo del ombligo.

Lo que sí se ha observado en la revisión es que en todos los estudios todos los grupos de tratamiento mejoraron el grosor de la musculatura abdominal, así como en la fuerza de la zona y la calidad de la vida de la mujer. De manera que todo ello provocaba de manera directa una mejora a nivel físico en la mujer.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de los diferentes estudios se ha observado que no existe mucha evidencia de que el trabajo del transverso del abdomen sea significativo a la hora de reducir la diastasis abdominal, pero si se ha podido observar en algunos estudios (5,6,7) que la combinación de diferentes técnicas mejora la diastasis abdominal de manera significativa.

Keshwani N et al., encontró mejoras significativas en la imagen corporal después de seis meses en las pacientes que realizaron únicamente ejercicios de trabajo abdominal y en las que hicieron ejercicios de trabajo abdominal más vendaje neuromuscular abdominal, sin embargo a nivel de fuerza del abdomen solo se observaron mejoras significativas en los pacientes que realizaron la combinación de ejercicios y vendaje.

En el estudio de Liang P et al., se observó que el grupo que realizó entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, biofeedback y electroestimulación obtuvo diferencias significativas en la diastasis abdominal a las seis semanas en comparación con el grupo que solo se trató con electroestimulación, así como una mejoría en el aspecto físico de la paciente y una mejora de la calidad de vida.

Únicamente en los estudios Kim S et al., y Thabet AA et al., se obtuvieron mejoras significativas ($p < 0.0001$) en la disminución de la diastasis abdominal, con programas de fortalecimiento de la musculatura profunda del tronco, incluso realizando el trabajo de manera on-line, ya que por la pandemia del covid-19, se han tenido que actualizar las metodologías y de esta manera poder llegar a más gente (2), el estudio de Kim S et al., se comparaban dos grupos que realizaban ejercicios de la musculatura abdominal, un grupo los realizaba de manera on-line, vía zoom y otros de manera presencial, entre ambos grupos no hubo diferencias significativas, pero sí fue significativo entre el antes de iniciar el programa y una vez que se finalizó, en este estudio también mejoro mucho la calidad de vida de la madre. Ellström Engh M et al., observó en su estudio, aunque no fue significativo, que la separación entre rectos mejoro en la zona por debajo del ombligo.

Lo que si se ha observado en la revisión es que en todos los estudios todos los grupos de tratamiento mejoraron el grosor de la musculatura abdominal, así como

en la fuerza de la zona y la calidad de la vida de la mujer. De manera que todo ello provocaba de manera directa una mejora a nivel físico en la mujer.

La diastasis abdominal es una de las patologías que aparece en un gran porcentaje de mujeres que han tenido algún embarazo (3), continúa sin conocerse cuál es el tratamiento más adecuado para el tratamiento de la diastasis, ya que únicamente se han obtenido resultados estadísticamente significativos en un par de estudios siendo aplicaciones diferentes, aunque son complementarias.

Además, esta patología no se trata solamente de un problema estético, sino que también repercute a nivel de funcionalidad y competencia del abdomen, así como consecuencias con patologías relacionadas con el suelo pélvico y dolores a nivel lumbar, llegando a limitar funcionalmente a todo aquel que lo sufra.

Por lo que podríamos concluir en que es necesario que se continúen realizando estudios de trabajo abdominal para el tratamiento de la diastasis, así como el uso de otros recursos que pueden ser complementarios en el proceso de recuperación, ya que en los estudios en los que se han observado resultados significativos en el tratamiento de la diastasis y una mejora en la calidad de vida de la mujer y por ende se puede reducir el desarrollo de problemas o patologías en un futuro para estas pacientes.

6 Bibliografía

1. Gluppe SL, Hilde G, Tennfjord MK, Engh ME, Bø K. Effect of a postpartum training program on the prevalence of diastasis recti abdominis in postpartum primiparous women: A randomized controlled trial. *Phys Ther* [Internet]. 2018;98(4):260–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ptj/pzy008>
2. Kim S, Yi D, Yim J. The effect of core exercise using online videoconferencing platform and offline-based intervention in postpartum woman with diastasis recti abdominis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(12):7031. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19127031>
3. Gluppe SB, Ellström Engh M, Bø K. Curl-up exercises improve abdominal muscle strength without worsening inter-recti distance in women with diastasis recti abdominis postpartum: a randomised controlled trial. *J Physiother* [Internet]. 2023;69(3):160–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2023.05.017>
4. Thabet AA, Alshehri MA. Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: a randomised controlled trial. *J Musculoskelet Neuronal Interact*. 2019;19(1):62–8. (ALI A.)
5. Keshwani N, Mathur S, McLean L. The impact of exercise therapy and abdominal binding in the management of diastasis recti abdominis in the early

post-partum period: a pilot randomized controlled trial. *Physiother Theory Pract* [Internet]. 2021;37(9):1018–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2019.1675207>

6. Liang P, Liang M, Shi S, Liu Y, Xiong R. Rehabilitation programme including EMG-biofeedback- assisted pelvic floor muscle training for rectus diastasis after childbirth: a randomised controlled trial. *Physiotherapy* [Internet]. 2022;117:16–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2022.05.001>

7. Kaya AK, Menek MY. Comparison of the efficiency of core stabilization exercises and abdominal corset in the treatment of postpartum diastasis recti abdominis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2023;285:24–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.03.040>

Capítulo 333

TRATAMIENTO DE DOLOR MIOFASCIAL DE LA MUSCULATURA DE CADERA CON PUNCIÓN SECA PROFUNDA

MARÍA VILLALBA PUENTE

DANIEL MORALES MORENO

LIDIA CALONGE TIREZ

REMEDIOS GRANERO CAMPILLO

ALTEA VELASCO BARROSO

1 Introducción

El síndrome de dolor miofascia (SDM) es el conjunto de signos y síntomas sensoriales, motores y autonómicos provocados por los puntos gatillos miofasciales. En algunas ocasiones los responsables del síndrome de dolor miofascial son puntos gatillos miofasciales de un único músculo, conociéndose como SDM monomuscular o aislado, aunque lo habitual es que sea de un grupo muscular o de varias regiones anatómicas.

A nivel clínico, el punto gatillo miofascial es definido como una zona hiperirritable en un músculo asociado a un nódulo que se puede palpar hipersensible localizado en una banda tensa de fibras musculares.

La prevalencia de los puntos gatillos miofasciales en el glúteo medio, según Simons et al., es de un 45%, existen diferentes factores que pueden provocar la activación de estos puntos gatillos miofasciales, como pueden ser posturas de trabajo frente al ordenador, posturas a la hora de conducir o dormir, sobre todo si se prolonga la situación o se acompaña de una contracción brusca en esa posición.

Los mecanismos de activación de los puntos gatillos miofasciales pueden ser directos, por sobrecargas, traumatismos directos, acortamientos musculares, sobreestiramientos o enfriamientos; y de manera indirecta como son las enfermedades viscerales, inflamaciones, degeneración o disfunción articular, radiculopatías o incluso factores psicológicos (2).

En el dolor miofascial además de los puntos gatillos miofasciales aparece el dolor referido, esto puede provocar errores en el diagnóstico, ya que el presentar dolor en una región determinada se puede asociar a una patología que no es (2).

Existen descripciones de patrones de dolor referido, pero esto no quiere decir que siempre sea ese el dolor referido, aunque bien es cierto que estos patrones describen la ubicación más habitual (3).

El glúteo medio se trata de la capa intermedia de los músculos glúteos, originándose en el borde externo de la cresta iliaca y en la aponeurosis glútea e insertándose en la parte postero superior y en la superficie lateral del trocánter. Está inervado por la rama inferior del nervio glúteo superior procedente de las raíces, L4, L5 y S1. Sus principales acciones es la abducción de la cadera y la parte anterior del mismo se activa durante la flexión de la cadera, pero su principal función es la estabilizadora de la pelvis durante el apoyo de la marcha. El dolor referido de este musculo son en la cresta iliaca, la zona lumbar y mitad del sacro homolateral, y casi toda la nalga, así como la parte media del glúteo, zona posterolateral del muslo, incluida la zona del trocánter mayor del fémur (2).

La musculatura relacionada con este músculo son cuadrado lumbar, glúteo mayor, glúteo menor, piriforme y tensor de la fascia lata (2).

2 Objetivos

Explicar cómo mejorar el dolor de cadera realizando un abordaje invasivo mediante punción seca profunda en puntos gatillos miofasciales de la región glútea a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Los pacientes con los que se llevó a cabo el tratamiento, son pacientes de diferentes edades, diferente sexo, y en estadios de diferente evolución, pero ambos presentan un punto de intersección, referían un dolor de cadera cuando llevaban mucho tiempo sentados, y dificultad para realizar la bipedestación (BPD) e inicio de la marcha cuando pasan varias horas en reposo. Ambos pacientes pasan muchas horas sentados frente al ordenador por motivos laborales, y ambos también son deportistas.

Caso 1.

Mujer de 37 años que tras dos años realizando carrera continua comienza con dolor en cadera derecha limitándola funcionalmente cuando se pone en BPD e inicia la marcha tras mucho tiempo sentado, este dolor aumenta progresivamente con el paso de los meses hasta que decide acudir a traumatólogo.

El traumatólogo decide realizar pruebas complementarias para poder dar un diagnóstico, ya que en radiografía no presenta signos degenerativos compatibles con artrosis. Cuando se realiza RMN se le diagnostica fractura de labrum de cadera derecha, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente. Tras la intervención y varios meses de rehabilitación, la paciente refiere una ligera mejoría a nivel de dolor, pero continúa refiriendo la misma limitación funcional, por ello repiten la artroresonancia y se ve que el labrum continúa roto, por lo que el traumatólogo diagnostica que se puede tratar de un síndrome de dolor miofascial.

Según la escala de visual analógica del dolor (EVA) presentaba un dolor de 9/10.

Caso 2.

Hombre de 33 años que acude a consulta por llevar con dolor en cadera tres meses, refiere que este dolor cede en movimiento, pero que aparece cuando lleva mucho tiempo sentado y cuando tiene que ponerse en BPD e iniciar la marcha se ve limitado funcionalmente. Actualmente, pasa muchas horas sentado como consecuencia de su trabajo. También refiere dolor en la zona de sacro homolateral de la cadera que le duele. El diagnóstico del traumatólogo es trocanteritis.

Según la escala de visual analógica del dolor (EVA) presentaba un dolor de 7/10.

En ambos casos su dolor se reproducía cuando se realizaba la palpación del glúteo medio, ambos referían que ese es el dolor que les aparecía cuando se levantaban

e iniciaban la marcha, el glúteo medio se encarga de estabilizar la pelvis durante la fase de apoyo de la marcha.

4 Discusión-Conclusión

Según Travell et al., los puntos gatillos miofascial (PMG) de la zona media suelen tener un patrón de dolor referido hacia la parte media del glúteo y hacia la zona posterolateral del muslo, incluyendo la zona de trocánter mayor de fémur, lo que podría ser el causante de “trocanteritis”. Además, en las fibras más anteriores del músculo también hay puntos gatillos miofascial que provocan dolor referido a lo largo de la cresta iliaca, en la parte inferior lumbar y bilateralmente en el sacro.

Por ello se decidió realizar un abordaje de los PGM de glúteo medio en las fibras medias y anteriores, ya que ambos pacientes presentaban dolor en las zonas que los puntos de esas regiones provocaban dolor irradiado.

Para el abordaje de este músculo el paciente se colocó decúbito lateral sobre el lado sano. Se utilizaron agujas de 0,30 mm x 75 mm para la parte posterior y media y 0,30 mmx 60 mm para la parte anterior. Se localizó el músculo tomando como referencia el trocánter mayor, la cresta iliaca y el borde anterior del glúteo mayor, la parte anterior se abordó con la aguja de 0,30 mmx 60 mm. Y la parte posterior con la aguja de 0,30 mm x 75 mm.

En ambos casos se obtuvieron respuestas de espasmo local que fueron disminuyendo progresivamente, tras la punción referían dolor localizado en la zona y dificultad para realizar la marcha, ya que es frecuente que tras la punción el músculo se quede más débil y presenten dificultad para estabilizar la pelvis durante la fase de apoyo de la marcha.

A pesar del dolor residual que tuvieron durante un par de días, ambos pacientes mejoraron, aunque continuaban con pequeñas molestias en la zona algunos días, pero el dolor ya les permitía descansar y realizar sin dificultad todas las actividades de su vida, por lo que se decidió repetir el abordaje a la semana, permitiendo de esta manera que el paciente no estuviera dolorido después de la primera intervención.

Después de la intervención y el dolor residual, los pacientes refirieron una mejora según la escala EVA, en el paciente del caso uno pasó de un EVA 9 a un EVA 3 y en el caso dos el paciente paso de un EVA 7 a un EVA 2.

Tras la segunda intervención, ambos pacientes mejoraron desapareciendo el dolor completamente.

Por lo que podríamos decir que el dolor de cadera no se trata de un dolor articular, o un dolor por cambio degenerativo en el trocánter, sino que se puede confundir con un dolor miofascial, siendo la punción seca profunda un tratamiento alternativo al modelo tradicional de tratamiento del dolor de cadera.

5 Bibliografía

1. Simons. Dolor y disfunción miofascial: El manual de los puntos gatillo Travell, Simons & Simons. Dolor y disfunción miofascial: El manual de los puntos gatillo.
2. Mayoral O. Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial. Fisioterapia. 2017.
3. Universidad de Castilla-La Mancha. Curso de Especialista en Fisioterapia Conservadora e Invasiva del Síndrome de Dolor Miofascial y la Fibromialgia. Consultado 1/8/2008: <<http://www.uclm.es/actividades0809/postgrado/dolorMiofascial/>>.

Capítulo 334

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA POR FISIOTERAPEUTAS Y SU PAPEL EN EL RENDIMIENTO DEPORTIVO

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

El rendimiento en el deporte es algo importante, siempre lo ha sido y siempre lo será. Desde el inicio de las competiciones deportivas se investigó y se trató de mejorar el rendimiento de cada atleta.

Las técnicas han ido evolucionando y el entrenamiento para mejorar dicho rendimiento cada vez es más clínico y más específico.

El apartado del entrenamiento muscular siempre ha ocupado un porcentaje importante en el entrenamiento deportivo global.

En esta revisión vamos a focalizar un poco más y vamos a describir los resultados obtenidos en el rendimiento deportivo a través de la musculatura respiratoria.

Hay diferentes estudios en los que se ha valorado el entrenamiento muscular respiratorio, pero se ha valorado la evolución de dicha musculatura, como la fuerza, pero no los beneficios que se obtienen en el deporte a través de ellos.(6)

En deportes con alto componente aeróbico la exigencia es máxima y la desoxigenación se ha visto que es mayor, por ello esta revisión se centra en ese tipo de deporte. La técnica usada fue el entrenamiento de la musculatura respiratoria a través de un instrumento denominado Powerbreath. El entrenamiento no fue menor a 4 semanas y no mayor de 3 meses. La muestra participante tanto hombres como mujeres tienen un rango de edad (18,5 – 30 años).

2 Objetivos

- Describir la evidencia existente sobre el efecto del entrenamiento muscular respiratorio en la condición física y el rendimiento deportivo en deportistas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica siguiendo consultando las siguientes bases de datos informatizadas, Pubmed/Medline, Biblioteca virtual de Salud (la cual nos permite consultar bases de datos como Lilacs e IBECs), Cochrane library,. Realizando una búsqueda sistematizada.

Como ya hemos indicado, utilizaremos la estructura PICOS para realizar nuestras búsquedas.

Utilizamos los términos “athlete” “Breathing exercise” “respiratory muscle training” “endurance” “performance” “Exercise tolerance” que combinados con los operadores booleanos “OR” para sumar y “AND” para acotar más nuestra búsqueda.

4 Resultados

En esta revisión participan en todos ellos deportistas de mayor o menor nivel de deportes anaeróbicos, los cuales son: Baloncesto, fútbol y rugby. Tanto hombres como mujeres. Como característica destacable en el estudio de V. Goosey-Tolfrey et al (2008) (3) los deportistas son considerados como no sanos al ir en silla de ruedas.

Para valorar las funciones pulmonares en todos los artículos se emplea un medidor portable de presión. Con el que se valora FEV1(volumen máximo expirado en el primer segundo), FVC (capacidad vital forzada) Pimax (presión inspiratoria

máxima) y las medidas obtenidas se comparan con las guías European Respiratory Society (n=4) y American Thoracic Society.

Para valorar el rendimiento atlético se usan diferentes tests. Dos de ellos utilizaron el test del Yoyo. Otros dos usan como medición el tiempo empleado en realizar 15 sprints de 20m de distancia y el tiempo de recuperación de ellos (Repetitive sprint performance). Y por último, el artículo de Bruno archiza et al (2017) utiliza Repeated sprint ability test (RSA).

- Yoyo-test (n=2):

Test en el que los participantes tienen que recorrer una distancia de 20m cada vez que suene un silbato o estímulo sonoro. Ese estímulo sonará cada vez más rápido, por lo que la velocidad de la prueba ira aumentando. Si el pitido vuelve a sonar y nos has completado la distancia de 20m se finaliza la prueba y se procede a medir la distancia total recorrida.

-RSA:

Test que cuantifica el número de sprints repetidos que podemos realizar de 20m +20m con una recuperación de 20 segundos entre cada uno de ellos.

Todos los estudios que forman parte de nuestra revisión tienen en común el mismo pilar fundamental en la intervención, el Powerbreath (instrumento utilizado para el entrenamiento de la musculatura inspiratoria). En cada artículo se modifica tanto la duración, como la intensidad y la frecuencia, partiendo todos de la base de una resistencia en el Powerbreath del 50%del MIP (presión inspiratoria máxima) al 80% del MIP aumentando dicha resistencia progresivamente según artículo. En todos los artículos el grupo control también entrena dicha musculatura, pero a menor resistencia y sin progresión. Todos ellos tienen un periodo de entrenamiento no menor de 4 semanas y no mayor a 3 meses.

En general, todos los estudios mejoran su capacidad pulmonar funcional tanto, FEV1, PImax y FVC tras la intervención, por lo que los resultados de los test para valorar el rendimiento físico si han sido mejorados tras el entrenamiento. A excepción del estudio de V-Goosey et al (2008) (3), que no se observa mejora ni en los valores pulmonares ni en la condición física tras la realización del test.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de esta revisión sistemática se centró en describir la evidencia existente sobre el efecto del entrenamiento de la musculatura respiratoria en la condición física o rendimiento deportivo en deportistas. En general, todos los gru-

pos que realizaron el entrenamiento respiratorio mejoraron su función pulmonar (FVC, FEV1 y Pimax). Pero no todos mejoraron los resultados en los test descritos anteriormente. Todo ello en un plazo de 4 semanas a 3 meses. Los pacientes que más mejoraron fueron aquellos cuyo entrenamiento tuvo una duración mayor y una mayor resistencia en el entrenamiento.

Solamente un estudio no muestra una mejora en los resultados del test post-entrenamiento. Este estudio puede crear controversia, ya que sus participantes lo catalogamos como no sanos al ir en silla de ruedas.(3) Este resultado es posible que sea causado por varias causas, una de ellas es la reducción de las presiones respiratorias máximas en pacientes con lesiones espinales y lo que conlleva una postura sedente continua. La siguiente causa, que ha sido descrita por varios autores, es la corta duración del entrenamiento, y que esto lleve a no inducir cambios en el funcionamiento cardiopulmonar (2,5)

Los estudios incluidos en esta revisión sistemática tienen en general un bajo riesgo de sesgo, por lo que su validez interna nos permite confiar más en ellos respecto a los resultados obtenidos. Aun así, hubo dos ítems que mostraron un riesgo de sesgo alto, tanto el cegamiento de los participantes como el de los investigadores.

Respecto al cegamiento de los participantes, en la mayoría de artículos resultó imposible, ya que pertenecían al mismo club. Y el segundo ítem citado, el cegamiento de los evaluadores de resultados, a pesar de tener un riesgo de sesgo alto, no tiene una relevancia importante, puesto que todos los datos de las mediciones se aportan de manera cuantitativa.

Según el análisis de los resultados aportados por los estudios, en entrenamiento con Powerbreath con una resistencia del Pimax o PIM del 80%, los otros artículos parten del 50%, 30 inspiraciones al día 3 veces por semana y una duración del entrenamiento de 3 meses, muestra una mayor mejora de resultados del rendimiento deportivo que los de menor duración y resistencia. Por lo que sería importante que en futuros entrenamientos o estudios fueran de una mayor duración, ya que permitiría la mejor adaptación del sistema cardiorrespiratorio. Sin embargo, como es descrito en algunos artículos, esta mejora del rendimiento no se conoce realmente si es causada por una mejor ventilación o por la relación en el sistema cardiorrespiratorio que ayude a reducir el lactato de sangre tras la desoxigenación.

Podemos concluir que el entrenamiento de la musculatura respiratoria mejora el rendimiento deportivo en atletas. A mayor duración del entrenamiento se han observado mejores resultados. Sin embargo, debido a las limitaciones de nuestra revisión, son necesarios futuros estudios que analicen y estudien la relación del

sistema cardiorrespiratorio con el rendimiento deportivo tras este tipo de entrenamiento, ya que la causa de la mejora no es clara. Así como la participación de una muestra más homogénea (mismo deporte, mismo nivel) y que el rendimiento se valore con un test similar.

6 Bibliografía

1. Moher D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med.* 18 de agosto de 2009;151(4):264.
2. Archiza B, Andaku DK, Caruso FCR, Bonjorno JC, Oliveira CR de, Ricci PA, et al. Effects of inspiratory muscle training in professional women football players: a randomized sham-controlled trial. *J Sports Sci.* abril de 2018;36(7):771-80.
3. Goosey-Tolfrey V, Foden E, Perret C, Degens H. Effects of inspiratory muscle training on respiratory function and repetitive sprint performance in wheelchair basketball players. *Br J Sports Med.* 1 de julio de 2010;44(9):665-8.
4. Romer LM, McConnell AK, Jones DA. Effects of inspiratory muscle training on time-trial performance in trained cyclists. *J Sports Sci.* julio de 2002;20(7):547-62.
5. HajGhanbari B, Yamabayashi C, Buna TR, Coelho JD, Freedman KD, Morton TA, et al. Effects of Respiratory Muscle Training on Performance in Athletes: A Systematic Review With Meta-Analyses. *J Strength Cond Res.* junio de 2013;27(6):1643.
6. Leith DE, Bradley M. Ventilatory muscle strength and endurance training. *J Appl Physiol.* 1 de octubre de 1976;41(4):508-16.

Capítulo 335

PREVENCIÓN DE LESIONES EN LOS DEPORTES DE RAQUETA. EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA VALORACIÓN

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

Las lesiones deportivas, de cualquier ámbito, y a cualquier nivel, es un problema de salud pública importante. Los deportes de raqueta son unos de los más practicados, y al ser un deporte en los que hay gran variedad de golpes y a su vez estos se realizan de manera muy repetitiva, de ahí que unas de las lesiones más conocidas sea el famoso “coso de tenista”. Las exigencias del tenis afectan al cuerpo de los jugadores en las extremidades superiores e inferiores, así como también en el tronco y pueden conducir a patrones de lesión característicos y adaptaciones músculoesqueléticas (Domínguez López G, 2010).

En estos deportes de raqueta en particular cobra especial importancia la prevención de lesiones dado el gran número de personas amateur que lo practican y el coste sanitario que ello conllevan estas lesiones.

En este artículo hablaremos de la biomecánica y de una correcta técnica de golpeo lo cual nos ayudará enormemente en este tipo de deportes a la prevención de lesiones.

A la hora de la valoración hay gran cantidad de instrumentos, tecnología y aparatajes de importante costo por lo que se valorará las pruebas y test más sencillos para que se puedan realizar a cualquier nivel

2 Objetivos

- Destacar la importancia de prevenir lesiones más comunes en los deportes de raqueta.
- Valorar la relación entre mala técnica y mayor índice de lesiones.
- Determinar cuáles son las lesiones más frecuentes en deportes de raqueta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: “technique”, “prevention”, “injury”, “training”, “raquet”

4 Resultados

En los test realizados a tenistas amateurs de prueba de golpeo en pista se ve una correlación moderada entre la potencia global (medida con el lanzamiento lateral de balón medicinal) y la potencia/precisión de golpeo. Se observa a nivel de golpeo actividad muscular en todo el movimiento, a su vez se observa mayor actividad y coordinación y un mayor reclutamiento en jugadores de mayor nivel técnico. Comprobamos a nivel biomecánico que tanto la empuñadura, pisada y gesto deportivo tiene relación con el aumento de lesiones. Sobre todo de miembro superior, las más comunes, tendinopatías, (33%) dada la naturaleza del deporte, con muchos impactos, golpes y movimientos, a las que le siguen sobrecargas,

seguidas de afectaciones ligamentosas de articulaciones hasta la posibilidad de hernia discal lumbar por los giros corporales y los continuos cambios de posición. Centrándonos en las tendinopatías, las que se producen en mayor número de ocasiones, podemos definir que su causa viene dada desde gestos repetidos y microimpactos que provocarán una carga a la cual el tendón no se ha podido adaptar provocando una inflamación en este. A esta causa le sumaremos la de un gesto deportivo con una mala técnica.

De la misma manera, los jugadores de pádel con su gran variedad de movimientos y golpes muestran una correlación moderada en la medición del test frente a los diferentes golpes y la comparación con el lanzamiento de balón medicinal, siendo la mayor relación en el golpeo de derecha.

Se observa que por las características del deporte y el trabajo al que se somete al cuerpo se observa una hipertonía mayor de miembro superior frente al inferior, que tras la medición de masa magra hay una clara disimetría entre ambos miembros.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que, dado que al ser un deporte de golpes e impactos constantes serán las tendinopatías y sobrecargas musculares las lesiones principales a prevenir.

Por la correlación moderada entre test y resultados, por la naturaleza de los jugadores, el tipo de deporte, en el cual influyen distintos tipos de factores, internos (movilidad articular, integridad de los tejidos, postura, etc.), y externos (tipo de pista, gesto técnico, elementos de protección personal) se concluye que a nivel amateur será de mayor importancia practicar el gesto deportivo, una buena técnica a entrenar únicamente el aspecto físico y se complementará este deporte con otros que nos ayuden a compensar esa disimetría de masa magra entre miembro superior e inferior.

6 Bibliografía

1. Delgado-García, G. (2021). Protocolos para la evaluación biomecánico-técnica y la prevención de lesiones musculoesqueléticas, en deportistas de raqueta.
2. Sánchez-Alcaraz, B. J., Martínez-Gallego, R., Llana, S., Vučković, G., Muñoz, D., Courel-Ibáñez, J., Sánchez-Pay, A., & Ramón-Llin, J. (2021). Ball Impact Position in Recreational Male Padel Players: Implications for Training and Injury

Management. International journal of environmental research and public health, 18(2), 435. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020435>

3. Arroba Pazminio, L. G. (2011). Técnica deportiva para prevención de lesiones físicas en los gimnastas de la Federación Deportiva de Tungurahua, del cantón Ambato en el periodo 2009-2010 (Bachelor's thesis).

4. Salazar, L. G. (2009). La biomecanica en la prevencion de lesiones deportivas. Expomotricidad.

Capítulo 336

TRATAMIENTO DEL PACIENTE ICTUS POR FISIOTERAPEUTAS. EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA PUNCIÓN SECA

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

Dentro de la variedad de patologías a la que nos enfrentamos en la fisioterapia, hoy en día una de ellas son las patologías neurológicas. En estas, cada vez más frecuentes en nuestro ámbito, es debido al aumento de enfermedades cardiovasculares, se ha comprobado la importancia y eficacia de la fisioterapia y rehabilitación como tratamiento para recuperar la funcionalidad del paciente, y en ocasiones en el trabajo cardio pulmonar y la prescripción de ejercicio para evitarlas. Como hemos dicho las enfermedades cardiovasculares son cada vez una causa mayor de enfermedad e independencia, hay gran variedad de causas y consecuencias, en este trabajo nos centraremos en las cerebrovasculares, concretamente en el Ictus.

El ictus o ACV (accidente cerebro vascular) es una afección médica en la que el flujo sanguíneo deficiente al cerebro produce muerte celular. Pueden ser de tipo isquémico o hemorrágico, pero nosotros nos centraremos en las secuelas que este deja y en el tratamiento para mejorarlas.

De todas las secuelas, la más incapacitante es la espasticidad junto a la posible hemiplejía que genera, y será en la espasticidad en la que se base el artículo. Por ello, en el presente artículo nos centraremos en una técnica invasiva relativamente novedosa como es la punción seca para el tratamiento de la espasticidad.

2 Objetivos

- Explicar la práctica de la punción seca y los beneficios que podemos obtener.
- Exponer los posibles riesgos o contraindicaciones de esta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El test más comúnmente utilizado para la obtención de resultados en la medición de la espasticidad es el de Ashworth. En este se valora la resistencia al estiramiento pasivo. Pues bien, todos los artículos y estudios revisados usan este test como mínimo para medir sus resultados.

Vemos que en todos los estudios y revisiones como la de Salom - Moran et al (2014) tienen como tratamiento de elección la punción seca(PS), técnica invasiva que utiliza agujas de acupuntura para tratar diferentes dolencias, especialmente dolores miofasciales, se han encontrado cambios significativos tras la aplicación de punción seca (PS) tanto en el momento como pasada 1 h tras la punción.

Se observa un descenso significativo de la espasticidad en los ensayos cuyo grupo control se realizó un placebo, y en menor medida frente a la terapia manual.

A su vez, en estos artículos se ha percibido que los resultados, a pesar de ser eficaces, remiten con el tiempo, debido al factor de perpetuación de la enfermedad.

Por lo que el fisioterapeuta recomendará la periodicidad del tratamiento al paciente para su mantenimiento, a la vez que se combinará con otros tratamientos crónicos para esta dolencia, como pueden ser las inyecciones de toxina botulínica.

Otro resultado a destacar, como indica en su estudio Pablo Herrero Gallego (2010) nos demuestra que la mejora de la espasticidad es mucho menor cuando la causa es meramente de origen estructural, como un desarrollo en acortamiento de la articulación o miembro.

Respecto a los resultados de valoración del dolor, lo que sí no se ha podido demostrar, usando la escala EVA y la escala de análisis visual (VAS) para la medición de dolor, es una reducción del dolor significativa tras la aplicación de la punción seca a nivel profundo.

5 Discusión-Conclusión

El papel del fisioterapeuta se muestra clave para el tratamiento y rehabilitación de esta patología. Aunque los resultados son esperanzadores a corto plazo, resultaría interesante seguir investigando en este campo para permitir resultados también a largo plazo, a la vez de que se combina con otras técnicas o tratamientos como la toxina que nos permita alargar su efectividad.

También hay que indicar las posibles contraindicaciones que nos podemos encontrar frente a esta técnica. Como puede ser el miedo del paciente a la punción, y en otras ocasiones la situación hemodinámica inestable del paciente, ya que en algunas ocasiones nos lo encontraremos anticoagulado.

6 Bibliografía

1. Payá, J. M., Martínez, F. C., Molina, B. M., & Vera, A. J. I. (2018). Eficacia de la punción seca profunda en pacientes con espasticidad post ictus: Revisión. *Avances de Investigación*, 13.
2. Gallego, P. H. (2010). Efectos de la técnica de punción seca DNHS sobre la espasticidad: implicaciones clínicas y líneas de investigación. *Boletín informativo de la Asociación Española de Terapeutas formados en el Concepto Bobath (AETB)*, (26), 21-25
3. Zaldívar, N. C. (2021). Efectividad de la punción seca sobre la función y en la

espasticidad del brazo afecto en pacientes con ictus en fase subaguda (Doctoral dissertation, Universidad de Cádiz).

4. Pravos Martínez, C. (2022). Efectividad de la punción seca en el tratamiento de la espasticidad en pacientes con accidente cerebrovascular.

5. Pujol Fuentes, C. Efectividad de la punción seca frente a la Toxina Botulínica tipo A como tratamiento para la espasticidad y la hipertonía de MI en ACV crónico. Propuesta ensayo clínico aleatorizado.

Capítulo 337

FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DEL PARKINSON

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

SONIA GARCÍA GARCÍA

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA ROMO DE LA LLAVE

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson, una afección neurológica crónica y progresiva, se caracteriza por la degeneración de las células productoras de dopamina en el cerebro. Esta deficiencia de dopamina da lugar a una serie de síntomas motores y no motores que afectan profundamente la calidad de vida de los pacientes. Entre los síntomas motores más prominentes se encuentran los temblores, la rigidez muscular, la bradicinesia (movimientos lentos) y los problemas de equilibrio y postura. Estos síntomas pueden generar limitaciones en la movilidad, la capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas y la independencia general.

En este complejo panorama, la fisioterapia emerge como un componente esencial en la gestión integral de la enfermedad de Parkinson. Los fisioterapeutas especializados en esta condición trabajan en colaboración con los pacientes para diseñar planes de tratamiento personalizados que aborden las necesidades específicas de

cada individuo. Estos planes terapéuticos están diseñados no solo para atenuar los síntomas motores, sino también para mejorar la funcionalidad, la movilidad y la calidad de vida en general.

La fisioterapia en la enfermedad de Parkinson puede abordar varios aspectos clave. En primer lugar, se centra en la mejora de la movilidad y la coordinación, mediante ejercicios diseñados para mantener la flexibilidad muscular y articular, así como para estimular la amplitud de movimiento. Además, se trabaja en la prevención de la rigidez muscular y la contractura, lo que ayuda a mantener la funcionalidad de las extremidades y a prevenir problemas posturales.

Otro aspecto crucial es la atención al equilibrio y la prevención de caídas. Los fisioterapeutas implementan ejercicios específicos para fortalecer los músculos responsables de mantener el equilibrio y mejoran la percepción sensorial del cuerpo en el espacio. Estos enfoques contribuyen a reducir el riesgo de caídas, que es una preocupación común en pacientes con Parkinson.

Además de los aspectos motores, la fisioterapia también puede abordar los síntomas no motores. La fatiga, la depresión y la ansiedad a menudo están presentes en personas con enfermedad de Parkinson, y la actividad física guiada por fisioterapeutas puede ayudar a aliviar estos síntomas al liberar endorfinas y mejorar el estado de ánimo.

2 Objetivos

- Proporcionar información educativa precisa y comprensible sobre cómo la fisioterapia puede desempeñar un papel fundamental en el manejo de la enfermedad de Parkinson.
- Aumentar la conciencia sobre la importancia de la fisioterapia en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en PubMed y SCielo y en plataformas de internet. Se ha hecho una revisión sistemática de todo lo extraído, se han tomado los datos más importantes y se ha llegado a la redacción de este documento.

4 Resultados

La fisioterapia juega un papel importante en el manejo de la enfermedad de Parkinson. Si bien no puedo proporcionar resultados específicos para un paciente en particular, puedo ofrecerte información general sobre cómo la fisioterapia puede beneficiar a las personas con enfermedad de Parkinson:

1. Mejora de la movilidad y la función motora: Los fisioterapeutas trabajan en mejorar la movilidad y la función motora de los pacientes con Parkinson. Esto puede incluir ejercicios de fortalecimiento, estiramientos y técnicas para mejorar la postura y la marcha.
2. Ejercicios de equilibrio y coordinación: La enfermedad de Parkinson puede causar problemas de equilibrio y coordinación. Los fisioterapeutas pueden enseñar ejercicios específicos para mejorar estas habilidades y reducir el riesgo de caídas.
3. Entrenamiento de la marcha: Los problemas de marcha son comunes en personas con Parkinson. La fisioterapia puede incluir ejercicios específicos para mejorar la calidad de la marcha, como caminar con pasos más largos y balanceados.
4. Estimulación sensorial y propiocepción: La fisioterapia puede incluir ejercicios que mejoran la sensación y la propiocepción, lo que puede ayudar a los pacientes a tener un mayor control sobre sus movimientos y reducir la rigidez muscular.
5. Educación y consejos sobre ejercicios en el hogar: Los fisioterapeutas pueden proporcionar a los pacientes pautas y ejercicios que pueden realizar en casa para mantener su función motora y movilidad.
6. Terapia con ejercicios específicos para la enfermedad de Parkinson: Algunas técnicas de fisioterapia se han desarrollado específicamente para abordar los síntomas de la enfermedad de Parkinson, como el programa "BIG" y el programa "LOUD". Estos programas se centran en ejercicios de movimiento y voz para mejorar la calidad de vida.
7. Tratamiento de problemas secundarios: La fisioterapia también puede ayudar a tratar problemas secundarios que a menudo se asocian con la enfermedad de Parkinson, como el dolor muscular y la debilidad.

Es importante recordar que el tratamiento de la enfermedad de Parkinson es indi-

vidualizado y debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. Los fisioterapeutas trabajarán en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como neurólogos y terapeutas ocupacionales, para brindar un enfoque integral al cuidado de la enfermedad de Parkinson. Si tú o un ser querido tiene la enfermedad de Parkinson, te recomiendo buscar la orientación de un profesional de la salud para crear un plan de tratamiento personalizado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia desempeña un papel fundamental en el abordaje integral de la enfermedad de Parkinson, una condición neurodegenerativa que impacta significativamente en la calidad de vida de quienes la padecen. A medida que esta enfermedad progresa y presenta síntomas motores y no motores, la fisioterapia se erige como una herramienta esencial para mejorar la funcionalidad, la movilidad y la independencia de los pacientes.

A través de enfoques terapéuticos personalizados, la fisioterapia busca aliviar los síntomas motores como los temblores, la rigidez muscular y los problemas de equilibrio, contribuyendo así a prevenir caídas y mejorar la capacidad para realizar actividades cotidianas. Además, esta disciplina no se limita solo a los aspectos físicos, sino que también aborda los retos emocionales y psicológicos que surgen con la enfermedad, mejorando el bienestar general de los pacientes.

La fisioterapia no solo trata los síntomas, sino que también empodera a las personas con Parkinson y a sus cuidadores al brindarles conocimiento y herramientas para llevar un enfoque activo en su tratamiento. Al fomentar la conciencia y la comprensión sobre los beneficios de la fisioterapia en esta enfermedad, se busca promover la participación proactiva de los pacientes en su propio camino hacia una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Programa de fisioterapia mejora a largo plazo las habilidades motoras en pacientes con enfermedad de Parkinson. Gago, I. y Seco, J. 2, s.l.: Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, 2008, Vol. 11. 81-92.
2. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson temprana. Vargas, J., Barros, G. 3, s.l.: Consenso de la Asociación Colombiana de Neurología sobre enfermedad de Parkinson, 2019, Vol. 35. 11-18.

3. Fisioterapia para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Tomlinson, C., Patel, S., Meek, C., Herd, C., Clarke, C., Stowe, R., Shah, L., Sackley, C., Deane, K., Wheatley, K. y Ives, N. s.l.: Revista Cochrane, 2013.

Capítulo 338

ABORDAJE DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA MEDIANTE EJERCICIO TERÁPEUTICO

MIRIAN MORATO LÓPEZ

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA

1 Introducción

La escoliosis idiopática se define como la deformidad en el plano frontal de la columna vertebral superior a 10 grados, sin que se pueda establecer una causa que lo justifique. Dentro de las patologías de la columna vertebral es una patología con alta prevalencia en el adulto joven, sin prevalencia respecto al sexo.

Suele producirse en la infancia y adolescencia de los niños y la evolución de la curva y la sintomatología es muy variable en función del caso. Es fundamental un diagnóstico precoz para abordar de forma temprana un tratamiento preventivo y correctivo. En cuanto a su tratamiento, varía en función de la curva desde los 10 grados, donde el tratamiento es más conservador mediante el uso de corsé, pautas de ejercicio terapéutico y medidas de higiene postural, a los 50 grados, siendo estas últimas motivo de cirugía correctora.

Existen programas dentro de la atención primaria de cribaje en colegios e institutos para detectar cuanto antes estas patologías e iniciar su tratamiento lo más prontamente posible.

En esta revisión bibliográfica abordaremos la patología mediante el tratamiento fisioterápico con el uso de tablas de ejercicio terapéutico, ya que es un tratamiento ampliamente extendido dentro de los programas de educación a la salud, de los servicios sanitarios en el área de primaria y especializada.

2 Objetivos

Valorar el uso del ejercicio terapéutico en el tratamiento de la escoliosis idiopática.

Ofrecer a nuestros pacientes tratamiento fisioterápicos actualizados y basados en la ciencia.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una amplia búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, Se han seleccionado artículos científicos de cinco años de antigüedad y lo que más relación tienen con el tema en estudio.

Para dicha búsqueda hemos usado las palabras clave: scoliosis, therapeutic exercise, rehabilitation, physiotherapy y sus homónimas en castellano, escoliosis idiopática, ejercicio terapéutico, rehabilitación, fisioterapia y utilizando operadores booleanos como “and” y “or”.

4 Resultados

En la primera de dichas revisiones seleccionadas, se incluyen diez artículos con calidad científica moderada, en los cuales se muestra una evidencia clara de la eficacia de los tratamientos de fisioterapia en la disminución del ángulo de Cobb, rotación vertebral, reducción del dolor y mejora en la calidad de vida percibida por los pacientes. Con una mejoría cada vez mayor en dichos ámbitos de los pacientes seleccionados.

En la segunda de dichas revisiones, se valoran nueve ensayos clínicos con riesgo variado de sesgo, en los cuales se muestra una evidencia científica baja de la mejora clínica con el uso de ejercicios específicos de escoliosis idiopática, en la

función, deformidad y reducción de dolor de columna vertebral y en la calidad de vida del paciente con escoliosis idiopática.

Con un mismo grado de evidencia bajo, tampoco se mostró ningún efecto en la autoimagen y salud mental. Se obtuvo, como resultado, que las órtesis tuvieron mayor efectividad que los ejercicios específicos en el tratamiento de escoliosis. Sin embargo, se demostró mayor mejoría en la calidad de vida, función, autoimagen, salud mental y satisfacción del paciente con los ejercicios que con las órtesis. En la tercera y última de dichos artículos, se incluyen cuatro ensayos con unos resultados obtenidos que indicaron que los ejercicios de Schroth tuvieron un significativo efecto en la reducción del ángulo de Cobb en comparativa con el tratamiento no quirúrgico. Unido a una mejoría en la calidad de vida del paciente y la clínica percibida por el mismo. Se mantuvo la mejora, a medio-largo plazo, de la calidad de vida en dicho programa de ejercicios a las doce y veinticuatro semanas, pero su grado de evidencia no era alto.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, de los resultados obtenidos en los artículos estudiados, sabemos que la utilización de terapia mediante ejercicio específico en el tratamiento de la escoliosis idiopática, tiene potencial para tratar tanto a nivel fisiológico, con mejora de la calidad de vida y la función, como a nivel psicológico en la salud mental y, autoimagen. Pese a que debe haber una mayor investigación para verificar estos hallazgos, en la utilidad del ejercicio terapéutico, en sus diferentes métodos, en el tratamiento de la escoliosis idiopática. Dentro del tratamiento mediante programa de ejercicio terapéutico, el método Schroth se muestra con gran potencial para obtener buenos resultados.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Zhou Z, Liu F, Li R, Chen X. The effects of exercise therapy on adolescent idiopathic scoliosis: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Complement Ther Med*. 2021 May;58:102697. doi:10.1016/j.ctim.2021.102697. Epub 2021 Feb 23. PMID: 33636298.
5. Thompson JY, Williamson EM, Williams MA, Heine PJ, Lamb SE; ACTIVATeS Study Group. Effectiveness of scoliosis-specific exercises for adolescent

idiopathic scoliosis compared with other non-surgical interventions: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*. 2019 Jun;105(2):214-234. doi: 10.1016/j.physio.2018.10.004. Epub 2018 Oct 27. PMID: 30824243.

6. Burger M, Coetzee W, du Plessis LZ, Geldenhuys L, Joubert F, Myburgh E, van Rooyen C, Vermeulen N. The effectiveness of Schroth exercises in adolescents with idiopathic scoliosis: A systematic review and meta-analysis. *S Afr J Physiother*. 2019 Jun 3;75(1):904. doi: 10.4102/sajp.v75i1.904. PMID: 31206094; PMCID: PMC6556933.

Capítulo 339

LA INDUCCIÓN MIOFASCIAL COMO MÉTODO DE TRATAMIENTO EN EL DOLOR LUMBAR

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

El dolor lumbar afecta alrededor del 80% de la población en edad adulta. Tanto el dolor lumbar específico (10-20% de las lumbalgias) como el dolor lumbar inespecífico (80-90% de las lumbalgias) tienen en común, que en ambos casos, hay una disfunción del control motor. En los pacientes que presentan dolor lumbar vamos a observar que los factores cognitivos, emocionales, sociales y conductuales tienen una elevada influencia en la manera en la que el paciente vive el dolor y en la discapacidad que presentan, sin olvidar la posibilidad que pueden tener en la cronicidad del proceso doloroso.

Se está conociendo que las técnicas de Inducción Miofascial han abierto un área sin antecedentes. La Inducción Miofascial es un método de evaluación y tratamiento en donde se utilizan movimientos tridimensionales y presiones

sostenidas en todo el sistema fascial, para suprimir sus limitaciones, nivelar su tensión y recuperar la función del sistema corporal. Un sistema fascial que presenta restricciones se va a expresar con dolor, y va a impedir la probabilidad de la recuperación funcional. Las Terapias Miofasciales engloban un amplio campo de actuaciones, no obstante, se recomienda su empleo en el tratamiento de lesiones del aparato locomotor para así rehabilitar la función perdida.

2 Objetivos

- Analizar la relación entre sistema fascial y dolor lumbar.
- Exponer la efectividad de la inducción miofascial en el dolor de la región lumbar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La fascia es un tejido conectivo que se encuentra en todo el cuerpo humano, y desempeña un papel importante en el soporte estructural y en la conexión que existe entre las diferentes partes del cuerpo humano, como músculos, órganos y huesos.

La fascia presenta una distribución continua, por este motivo, cualquier cambio o alteración estructural de la fascia en una parte concreta del cuerpo producirá modificaciones en las partes distales.

El sistema fascial del cuerpo se puede alterar por distintos tipos de traumatismos, no solo golpes o caídas, sino que puede ser también producida esta alteración por una intervención quirúrgica.

Las restricciones del sistema fascial no solo modifican el normal desempeño del aparato locomotor, sino también de una forma menos directa a otros sistemas, por ejemplo, el sistema nervioso. Un pequeño cambio en nuestro sistema miofascial va a causar un gran estrés en cualquier parte del cuerpo.

El objetivo de la inducción miofascial es liberar las restricciones presentes en la fascia. Esto se logra aplicando presión gradual y sostenida en el tejido, lo que puede ayudar a relajar la tensión, mejorar la circulación sanguínea, aumentar la amplitud de movimiento y reducir el dolor.

Las técnicas de Inducción forman parte de las Terapias Manuales, y pueden ser usadas como tratamiento exclusivo y también en combinación con otros conceptos terapéuticos (métodos manipulativos, técnica posturales, técnicas de estimulación propioceptiva, técnicas neuromusculares, drenaje linfático, movilización neuromeningea, ejercicio terapéutico, etc.).

La efectividad de las técnicas de inducción miofascial puede presentar variaciones de unas personas a otras, ya que depende de la situación específica de cada individuo y atiende a diversos factores como la edad, enfermedades asociadas, modificaciones en el peso corporal o alteraciones en hábitos saludables.

Los beneficios que aportan este tipo de tratamientos son:

1. Alivio de la tensión muscular.
2. Mejora de la movilidad.
3. Disminución del dolor en la región lumbar.
4. Prevención de lesiones en el área tratada.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas de Inducción Miofascial son un enfoque terapéutico que pueden ser efectivas en el manejo de los problemas músculo esqueléticos, en la mejora de la movilidad y en el bienestar general.

La Inducción Miofascial se considera una herramienta de gran valor en el campo de la terapia física, ya que puede aportar beneficios significativos para las personas que presentan dolor, problemas de movilidad o lesión en la región lumbar.

6 Bibliografía

1. Travell J. , Simons D. Dolor y disfunción miofascial. Editorial Panamericana. 2004.
2. Pilat A. Myofascial Induction in: Chaitow et al. Practical Physical Medicine Approaches to Chronic Pelvic pain (CPP) & Dysfunction. Elsevier, Edinburgh. 2011.
3. Sanchez H, Garcia A. Eficacia De La Inducción Miofascial En El Tratamiento De La Lumbociática En El Servicio De Medicina Física Y Rehabilitación Del Hospital Regional Lambayeque, Agosto 2014 – Agosto 2015”. 2016;1:1–39.

4. Pilat A. Inducción miofascial. España. McGraw. Hill Interamericana. 2003.

Capítulo 340

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria o trastornos de la alimentación (TCA) se van a caracterizar porque el sujeto va a presentar un comportamiento distorsionado en el proceso de la ingesta.

El paciente presentará un listado de dificultades que van desde aspectos sociales hasta aspectos psicológicos que influyen en la relación tanto con su mundo interno como con el mundo externo. A lo largo de la historia se ha registrado como en diversas culturas aparecen los trastornos de la conducta alimentaria. En la antigua Grecia Hipócrates, el padre de la medicina, ya describe los efectos nocivos que tienen para el individuo una dieta insuficiente y extendida en el tiempo.

Los trastornos de la conducta alimentaria son considerados síndromes, no es en sí una enfermedad en la que haya una casuística y se pueda ver el curso de su evolución.

Estos trastornos alimentarios debilitan tanto la salud mental como la salud física de los sujetos que lo padecen, y pueden aparecer a cualquier década de la vida.

Los trastornos más significativos, Bulimia nerviosa y Anorexia nerviosa, tienen una tendencia al alza junto con otros trastornos no específicos, y así lo vemos en la publicación de los estudios relacionados con el tema.

2 Objetivos

- Conocer los factores que producen los trastornos de la alimentación en la población.
- Conocer vías de abordaje en la prevención de los trastornos de la alimentación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda y consulta en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las investigaciones llevadas a cabo ponen de manifiesto un aumento de la incidencia en los trastornos de la alimentación, particularmente en mujeres jóvenes. Las personas aquejadas verán que los trastornos de la alimentación van a influir en su peso, en su apariencia, en su ingesta y en la conducta que tenga el paciente con respecto a la alimentación.

Hoy en día, sabemos que los trastornos de la alimentación afectan fundamentalmente a la población juvenil y tiene una gran impacto a nivel físico, psicológico y social.

A día de hoy, la sociedad valora de manera desmedida la apariencia física. Los cánones de belleza siguen siendo la delgadez como el aspecto físico más aceptado. Esta distorsión de la realidad unida a la carencia de factores afectivos en la familia, el efecto nocivo de las redes sociales (Facebook, X, Instagram..), los malos hábitos en la alimentación (alimentos ultraprocesados), van a dar como resultado que muchos jóvenes utilicen estos trastornos como una manera de buscar su identidad y de insubordinación.

Debido al aumento de los trastornos alimentarios se está llevando a cabo investigaciones que permitan dar a conocer los factores de mayor peso en el desarrollo,

y en el mantenimiento de estos trastornos para así conocer posibles vías de abordaje en su prevención.

Los métodos de actuación para poder hacer frente a los trastornos de la alimentación incluyen: orientación nutricional, pautas de alimentación, supervisión médicos, psicoterapia y los enfoques cognitivos-conductuales.

Las vías de abordaje más efectivas para este tipo de trastornos son fundamentalmente la detección precoz y el tratamiento temprano. Los entornos familiares tienen un rol fundamental, no solo porque la mayoría de las veces son los primeros en detectar indicios de dichos trastornos, sino porque además van a establecer un pilar sólido de apoyo durante todo el proceso terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos psicológicos que provocarán en la persona una nutrición con carencias.

Los trastornos alimentarios siguen suponiendo un reto para nuestra sociedad debido al gran impacto que provocan en la salud mental.

La prevención en los trastornos de la alimentación juega unos de los papeles más importantes para poder así reducir el riesgo.

Para abordar los trastornos alimentarios se requiere un enfoque integral que involucre a individuos, familias, educadores, profesionales de la salud mental y la sociedad en su conjunto. La empatía, el apoyo y la educación son herramientas poderosas en la lucha contra estos trastornos y en la promoción de una relación saludable con la comida y el cuerpo.

6 Bibliografía

- Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria. Zaragoza 1999.
- SAN SEBASTIÁN CASBASÉS, J. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. Revista de estudios de juventud. Anorexia y bulimia, nº 47, 1999.
- Baztarrica Jarauta, R., Beato Fernández, L., Villarino Marín, A., et al. Controversias sobre los trastornos alimentarios. Trastornos de la conducta alimentaria. No todo es anorexia. Instituto de los Trastornos Alimentarios (ITA). 2012.
- Porte la de Santana, M.L., Da Costa Ribeiro Junior, H., Mora giral, M. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una versión. Nutr. Hosp. 2012;27(2).

- Arango López, C. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Universidad Complutense de Madrid. 2012.
- Misra, M., Klibanski, A. The Neuroendocrine Basis of Anorexia Nerviosa and Its Impact on Bone Metabolism. *Neuroendocrinology*. 2011; 93(2): 65-73.

Capítulo 341

LA REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL COMO MÉTODO DE TRATAMIENTO EN EL DOLOR LUMBAR CRÓNICO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

Alrededor del 70-80% de la población ha tenido dolor lumbar en algún momento de su vida. El dolor lumbar se puede definir como un síndrome músculo-esquelético cuyo síntoma principal será el dolor localizado en la parte baja de la espalda, justamente en la zona lumbar.

Se puede manifestar en forma de dolor agudo, debido principalmente a lesiones infecciosas, traumáticas, a esfuerzos leves o moderados, etc., o en forma de dolor crónico, de naturaleza más compleja, de más larga duración (a partir de 3 meses) o que persiste una vez resuelta la lesión (Penzo, 1989). En la lumbalgia crónica, a diferencia de la aguda, los factores cognitivos, emocionales, sociales y comportamentales son agentes de gran importancia para custodiar el dolor.

En el tratamiento del dolor lumbar crónico se pueden utilizar varios enfoques. La reeducación postural global, en el abordaje del dolor lumbar crónico, permitirá llevar a cabo la realización de posturas físicas activas, poniendo especial atención a la respiración y trabajando distintas regiones y sistemas de coordinación muscular. La aplicación de la reeducación postural global permitirá reducir o eliminar el dolor físico, aportándole al paciente con dolor lumbar una serie de beneficios a que le permitirá retomar sus quehaceres de la vida diaria.

2 Objetivos

- Dar a conocer los beneficios de la reeducación postural global en los pacientes que sufren dolor en la región lumbar de forma crónica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda y consulta en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La reeducación postural global o RPG se trata de un método de fisioterapia desarrollado por el fisioterapeuta francés Philippe Souchart en 1981. Dicho método constituye una alternativa eficaz en el tratamiento de las patologías músculo-esqueléticas, obteniéndose así resultados positivos en el dolor, en la flexibilidad y en la calidad de vida del paciente.

La RPG, en la fisiología del Sistema Neuro- Músculo-Esquelético, se basa en tres principios fundamentales:

- Individualidad: cada persona se organiza y funciona de un modo único.
- Globalidad: todos los sistemas del organismo se relacionan entre sí, por lo que es necesario dirigir el trabajo corporal hacia la globalidad.
- Causalidad: se debe buscar y tratar la causa, no únicamente el síntoma.

Los tratamientos en RPG reciben el nombre de “posturas de tratamiento”. A través de ellas no solo se corrigen las deformaciones, sino, también, lesiones articulares, dolorosas y las restricciones de amplitud articular. Para alargar los grupos

musculares retraídos se realizará una serie de estiramientos sin aceptar compensaciones. Esto se consigue con una tracción global progresiva.

La reeducación postural global (RPG) tiene efectos positivos en los procesos dolorosos, ya que permite la apertura de los espacios articulares. La puesta en tensión, que se realiza de forma suave y de forma progresiva en los tejidos, junto con contracciones activas y selectivas que va a realizar el paciente, permitirá la resolución de los factores desencadenantes del dolor. Se conseguirá mejorar la situación del paciente puesto que mejorará su flexibilidad, elasticidad, equilibrio y conciencia corporal.

El paciente con dolor lumbar crónico conseguirá una mejoría de su elasticidad y flexibilidad lumbar, disminución de dolor, liberación muscular y/o articular, así como los efectos positivos que se obtienen a nivel orgánico, funcional y psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que la reeducación postural global (RPG) ha demostrado su eficacia en el paciente con dolor lumbar crónico, así como en otras muchas patologías que afectan a la estructura corporal y a la funcionalidad del individuo. Sus efectos se han demostrado tanto a corto como a largo plazo, en cuanto a la disminución del dolor, la amplitud del movimiento o el aumento de la capacidad funcional, por lo que debido a todo ello, el paciente sentirá una mejoría en su calidad de vida.

La reeducación postural global (RPG) es un método de tratamiento que constituye una herramienta efectiva en la mejoría del dolor lumbar crónico.

6 Bibliografía

1. Effects in Short and Long Term of Global Postural Reeducation (GPR) on Chronic Low Back Pain: A Controlled Study with One-Year Follow-Up. Castagnoli C, Cecchi F, Del Canto A, Paperini A, Boni R, Pasquini G, Vannetti F, Macchi C. *ScientificWorldJournal*. 2015;2015:271436
2. Effect of a muscle stretching program using the global postural reeducation method for patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. Lawand P, Lombardi Júnior I, Jones A, Sardim C, Ribeiro LH, Natour J. *Joint Bone Spine*. 2015 Jul;82(4):272-7.
3. Reeducación postural global, El método de la RPG. Philippe Souchart. Masson 2012.

4. Philippe Souchard. Stretching global activo: de la perfección muscular al éxito deportivo.
5. Casado Morales, M.^a Isabel; Moix Queraltó, Jenny; Vidal Fernández, Julia Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar *Clínica y Salud*, vol. 19, núm. 3, 2008, pp. 379-392 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, España

Capítulo 342

TERAPIA MANUAL MANDIBULAR Y CRÁNEO-MANDIBULAR EN PACIENTES CON DISFUNCIONES TEMPOROMANDIBULARES

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

MARIO GARCÍA MARTÍN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

1 Introducción

Los trastornos temporomandibulares son una amplia variedad de anomalías que afectan la estructura o función de la articulación de la ATM y sus estructuras. La etiología de los las afectaciones temporomandibulares es multifactorial y está relacionado con aspectos estructurales, psicológicos y factores funcionales. Estos trastornos generan una alta discapacidad en los pacientes debido a la intensidad de dolor y a la disminución del rango de movimiento en la articulación temporomandibular.

La efectividad del tratamiento de fisioterapia se compone de diferentes técnicas. Ha sido comprobado en algunos estudios que tanto la terapia manual y el ejercicio terapéutico son aquellas que más evidencia científica tienen. La terapia manual en la articulación temporomandibular engloba diferentes técnicas como

movilizaciones articulares o técnicas musculares en la región. Muchos autores recomiendan el tratamiento cervical junto con la articulación temporomandibular, debido es a la estrecha relación anatómica de ambas áreas.

Otros estudios, por ejemplo, también encontraron mejoras en el dolor de áreas de la articulación temporomandibular, siendo tratados de manera única y exclusiva en la región cervical, esto hace pensar que añadiendo ese tratamiento al de la región afectada conllevará una disminución en el dolor de manera más significativa. De esta manera conllevaría una mejora de gran importancia clínicamente.

2 Objetivos

Conocer la efectividad del tratamiento manual desde la fisioterapia en diferentes variables como dolor, rango de movimiento, frecuencia y discapacidad para pacientes con trastornos temporomandibulares.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en bases de datos como Pubmed y PEDro y se encuentran cinco artículos. El mayor interés de estos artículos es que llevan a cabo una comparación entre sujetos que son tratados con terapia manual, comparado con pacientes a los que se les realizó intención a tratar, grupo placebo o tratamiento de terapia manual orofacial solo sin terapia manual en región cervical.

4 Resultados

En términos de intensidad del dolor, todos estudios incluidos mostraron mejoras significativas en la disminución del dolor en el grupo de tratamiento manual comparado con el grupo placebo. Ningún estudio desproporciona los resultados y tampoco se encontró diferencia significativa en cuanto a un sesgo de publicación. Según los resultados de dos de los estudios, el uso de terapia manual craneomandibular y cervical logró mayores cambios en los pacientes, consiguieron una disminución del dolor a corto plazo. Los puntos de presión dolorosos elegidos fueron mayoritariamente en el músculo temporal y masetero.

Por otro lado, la combinación de tratamientos orofaciales junto con el tratamiento manual en la región cervical conlleva una mejora significativa en dolor a corto y medio plazo a los 3 meses ($P < 0.05$). A tener en cuenta es que en alguno de estos estudios encontraron que pese a finalmente generar hipoalgesia

en un primer momento, tras la primera sesión algunos de los pacientes tuvieron aumento del dolor.

Los resultados confirman que la reducción del dolor es estadística y clínicamente significativa. Además, el metaanálisis mostró esas diferencias estadísticamente significativas en el aumento a corto plazo del punto de presión en masetero con un gran efecto clínico. Los efectos de la terapia manual sobre los cambios en estas variables somato sensoriales y su relación con la región orofacial han sido explicadas previamente en la literatura como convergencia trigeminocervical. Finalmente, los datos sobre la comparación de la terapia manual versus otra terapia no manual como el ejercicio nos muestra que en ambos casos obtendremos hipoalgesia en los pacientes. Destacaremos que la terapia manual consiguió efectos en un corto periodo de tiempo, mientras que el ejercicio lo consiguió con mayor importancia en un periodo largo.

5 Discusión-Conclusión

Un estudio con revisión sistemática y metaanálisis reveló que el tratamiento con terapia manual cervical es más eficaz para disminuir la intensidad del dolor que la terapia manual comparada con placebo o intervención mínima, con una evidencia moderada. Intervenciones cérvico-craneomandibulares logra mayores reducciones a corto plazo en la intensidad del dolor y aumento de la apertura bucal sin dolor en lugar de intervención cervical sola en pacientes con afectaciones temporomandibulares y dolor de cabeza, con evidencia de baja calidad.

Estas conclusiones acerca del tratamiento manual mandibular y cráneo mandibular deben interpretarse con cautela debido a la escasa evidencia encontrada en la literatura.

6 Bibliografía

1. Silveira A, Gadotti IC, Armijo-Olivo S, Biasotto-Gonzalez DA, Magee D. Jaw dysfunction is associated with neck disability and muscle tenderness in subjects with and without chronic temporomandibular disorders. *Biomed Res Int*. 2015;2015:512792. doi: 10.1155/2015/512792. Epub 2015 Mar 26. PMID: 25883963; PMCID: PMC4391655.
2. Reiter S, Emodi-Perlman A, Goldsmith C, Friedman-Rubin P, Winocur E. Comorbidity between depression and anxiety in patients with temporomandibular disorders according to the research diagnostic criteria for temporo-

mandibular disorders. *J Oral Facial Pain Headache*. 2015 Spring;29(2):135-43. doi: 10.11607/ofph.1297. PMID: 25905531.

3. Garrigós-Pedró M, La Touche R, Navarro-Desentre P, Gracia-Naya M, Segura-Ortí E. Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018 Spring;32(2):137-150. doi: 10.11607/ofph.1912. PMID: 29694464.

4. La Touche R, Martínez García S, Serrano García B, Proy Acosta A, Adraos Juárez D, Fernández Pérez JJ, Angulo-Díaz-Parreño S, Cuenca-Martínez F, Paris-Aleman A, Suso-Martí L. Effect of Manual Therapy and Therapeutic Exercise Applied to the Cervical Region on Pain and Pressure Pain Sensitivity in Patients with Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pain Med*. 2020 Oct 1;21(10):2373-2384. doi: 10.1093/pm/pnaa021. PMID: 32181811.

5. Malo-Urriés M, Tricás-Moreno JM, Estébanez-de-Miguel E, Hidalgo-García C, Carrasco-Uribarren A, Cabanillas-Barea S. Immediate Effects of Upper Cervical Translatory Mobilization on Cervical Mobility and Pressure Pain Threshold in Patients With Cervicogenic Headache: A Randomized Controlled Trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017 Nov-Dec;40(9):649-658. doi: 10.1016/j.jmpt.2017.07.007. PMID: 29229055.

Capítulo 343

EFFECTIVIDAD DE LAS ONDAS DE CHOQUE FRENTE A OTRAS TÉCNICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE LA EPICONDILITIS.

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

La epicondilitis es un trastorno músculo-esquelético que se caracteriza por producir dolor en el codo originado por un daño en los tendones de los músculos del antebrazo que se adhieren al epicóndilo.

Es una afección relativamente fácil de identificar y que aparece en la mayoría de los casos, está provocada por microtraumatismos de tracción repetidos en el punto de inserción de los músculos extensores de la muñeca y la mano.

La epicondilitis puede ocurrir repentinamente, poco después de empezar un nuevo ejercicio o trabajo, o gradualmente, después de varios años del mismo ejercicio. Por lo general, solo alcanza un brazo, generalmente el que está funcionando. El codo se vuelve doloroso: el epicóndilo comienza a volverse sensible al tacto, y luego el dolor aparece al menor contacto. El dolor se extiende hacia la cara externa del codo y antebrazo. El dolor reaparece cuando la persona:

- Repite el gesto que causó la epicondilitis.
- Desdobla el brazo.
- Agarra objetos con los brazos extendidos.
- Gira el brazo, por ejemplo, para abrir una puerta.

La práctica del tenis es responsable del 5 al 10% de la epicondilitis, por eso se conoce también "codo de tenista" y es el resultado de:

- Sostener vigorosamente la raqueta apretando el puño.
- Rotaciones frecuentes del antebrazo con flexiones repetidas de la muñeca.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Determinar la eficacia del tratamiento con ondas de choque con respecto a otras técnicas en el tratamiento de la epicondilitis.
- Comprobar la evidencia científica actual disponible, en cuanto al tratamiento de la epicondilitis con ondas de choque.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se procedió a realizar la búsqueda bibliográfica, para ello, utilizamos la base de datos científica PubMed, debido a la gran cantidad de evidencia encontrada solo se utilizó esta base de datos. Los términos usados para realizar la búsqueda han sido ("Epicondylitis" and "Physiotherapy" and "Extracorporeal shock wave" or "ESWT"). Tras la búsqueda obtuvimos 531 resultados, los cuales tuvimos que reducir; en primer lugar, filtramos la búsqueda en los artículos publicados en los últimos 5 años, tras lo cual, obtuvimos un total de 73 resultados. Haciendo un análisis exhaustivo de los estudios obtenidos, decidimos que 2 de los artículos cumplían con los criterios de inclusión seleccionados de forma previa.

4 Resultados

De la búsqueda realizada en PubMed obtuvimos 73 resultados, tras realizar una revisión de los artículos encontrados nos quedamos con 2 de ellos, todos los artículos seleccionados cumplían con las normas establecidas al inicio de realización de la búsqueda, descartamos todos aquellos en los que no se comparaba el tratamiento con ondas de choque con otros tratamientos de fisioterapia.

En el primer estudio, se incluyeron 40 pacientes con epicondilitis que se dividieron en 3 grupos de tratamiento: el grupo A fue tratado con ultrasonido (5 días a la semana durante 2 semanas), el grupo B con ondas de choque (3 días a la semana durante 2 semanas) y el grupo C fue tratado con vendaje neuromuscular (5 días a la semana durante 2 semanas). El objetivo del estudio era comprobar variación del dolor en la escala EVA con cada tratamiento a las 2 y a las 8 semanas de aplicar cada tratamiento. Al principio del estudio las diferencias de dolor entre los grupos eran insignificantes; una vez finalizado el tratamiento se realizó una medición a las 2 semanas, los 3 grupos experimentaron una mejora considerable del dolor, sobretodo el grupo que recibió las ondas de choque. Cuando se realizó la medición a las 8 semanas, los grupos que recibieron ultrasonidos y vendaje neuromuscular disminuyeron el dolor, mientras que el grupo que recibió ondas de choque obtuvo una puntuación mayor en la escala EVA, por lo que en los 3 grupos la puntuación promedio de dolor resultó ser similar. No se encontraron diferencias significativas entre los tratamientos.

En el segundo estudio analizado, se incluyeron 40 pacientes con epicondilitis que se dividieron en 2 grupos de tratamiento: el grupo A recibió tratamiento con ondas de choque, mientras que el tratamiento que recibió el grupo B fue con vendaje neuromuscular. El objetivo del estudio era comprobar la variación del dolor en la escala EVA con cada tratamiento a las 4 y a las 8 semanas de aplicarlo. El grupo A inicio el tratamiento con un promedio de 7.0 puntos en la escala EVA, a las 4 semanas de tratamiento esta cifra disminuyó hasta 4.7; y a las 8 semanas disminuyó hasta los 4.0 puntos; por su parte, el grupo B inicio el tratamiento con un promedio de 7.1 puntos a las 4 semanas esta puntuación disminuyó hasta los 2.9 puntos; y a las 8 semanas disminuyó hasta 2.4 puntos. Por lo cual, se puede afirmar que, aunque ambos tratamientos fueron efectivos en la mejora del dolor, hubo una mayor efectividad en el grupo que fue tratado con vendaje neuromuscular. También se demostró que al aplicar los 2 tratamientos se mejoraba tanto la funcionalidad como la fuerza en el antebrazo afectado por la epicondilitis.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis de los estudios elegidos podemos concluir que, el tratamiento con ondas de choque tiene una alta efectividad en el tratamiento del dolor que genera la epicondilitis, a pesar de ser bastante efectivo existen otras técnicas de fisioterapia como el ultrasonido o el vendaje neuromuscular que ofrecen resultados similares e incluso mejores.

En todos los estudios se ha demostrado que tanto la aplicación de ondas de choque como el resto de tratamientos reducen el dolor que sienten los pacientes tanto en reposo como durante la realización de movimientos. Así mismo, en el segundo estudio también se demostró que con el tratamiento de ondas de choque mejoraba también la funcionalidad del antebrazo que sufría epicondilitis; y aumentaba considerablemente la fuerza de la musculatura.

A pesar de la extensa bibliografía existente sobre el tratamiento de la epicondilitis con ondas de choque, se puede afirmar que es necesario realizar aún más investigaciones sobre la eficacia de las ondas de choque, principalmente comparando su eficacia como tratamiento individual frente a su eficacia como tratamiento combinado con otras terapias como puede ser el ultrasonido, el vendaje neuromuscular o el ejercicio físico.

6 Bibliografía

1. Özmen T, Koparal SS, Karataş Ö, Eser F, Özkurt B, Gafuroğlu TÜ. Comparison of the clinical and sonographic effects of ultrasound therapy, extracorporeal shock wave therapy, and Kinesio taping in lateral epicondylitis. *Turk J Med Sci.* 2021 Feb 26;51(1):76-83. doi: 10.3906/sag-2001-79. PMID: 32682361; PMCID: PMC7991874.
2. Guler T, Yildirim P. Comparison of the efficacy of kinesiotaping and extracorporeal shock wave therapy in patients with newly diagnosed lateral epicondylitis: A prospective randomized trial. *Niger J Clin Pract.* 2020 May;23(5):704-710. doi: 10.4103/njcp.njcp_45_19. PMID: 32367880.

Capítulo 344

FISIOTERAPIA PARA TRATAR EL CÓLICO DEL LACTANTE. EL PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA

LAURA LOPEZ SANCHEZ

SERGIO GARCÍA PANIAGUA

1 Introducción

Para comenzar la presente revisión bibliográfica , empezaremos hablando sobre el personal de fisioterapeuta que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Se puede decir, que la fisioterapia, a la que también se le puede llamar terapia física o terapia ocupacional, tiene como objetivo principal reparar en todo lo posible la movilidad física de un paciente.

Por lo tanto, los profesionales de fisioterapeuta han de saber muy bien la anatomía humana y también conocer las herramientas con las que van a realizar su trabajo.

¿Qué es un fisioterapeuta? Un fisioterapeuta es aquel profesional de la salud que en su trabajo ofrece unos tratamientos terapéuticos y de rehabilitación para poder diagnosticar, prevenir y tratar los síntomas de varias dolencias.

En su día a día, el personal de fisioterapeuta se encarga de evaluar y tratar a pacientes que por alguna lesión, enfermedad o por vejez, tienen limitado algún movimiento.

Es muy habitual que el personal médico y otros profesionales relacionados con la salud, deriven algún paciente al personal de fisioterapia.

Además, cada vez más personas acuden directamente al personal de fisioterapeuta sin antes ir a visitar a otro profesional sanitario.

En este capítulo hablaremos de la fisioterapia para tratar el cólico del lactante.

El cólico del lactante es un episodio de llanto que es incontrolable y que por lo general suele darse en los tres primeros meses de vida.

Estos episodios pueden durar varias horas al día y para que se considere como tal debe darse al menos durante más de 3 días en una misma semana.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer algunas actuaciones del personal de fisioterapeuta para tratar el cólico en el lactante.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las posibles causas que pueden provocar los cólicos en el lactante son:

- tipo de alimentación, la duración y la frecuencia de las tomas.
- uso de chupete.
- cómo duerme.

Es necesario que un pediatra le realice una exploración para poder descartar otras patologías y que la actuación del fisioterapeuta esté indicada y sea útil para el bebé.

Los cólicos no tienen porque suponer una repercusión mala en el bebé pero si pueden provocar alteraciones en el entorno del niño.

Normalmente, el llanto del bebé comienza de forma repentina y suele terminar cuando ya cansa de tanto llorar. se muestra muy agitado, se le pone el abdomen hinchado, colorado, incomodo, con las manos cerradas y las piernas flexionadas.

A continuación, vamos a explicar como se puede aliviar esos cólicos con la fisioterapia.

Para que el recién nacido lactante se encuentre mejor, el personal de fisioterapia dará unas pautas a sus padres sobre las técnicas y manipulaciones indoloras y manuales que estos pueden hacerle al bebé en su casa. Estas pautas son las siguientes:

- Sería necesario hacerle algunas presiones en el abdomen de forma suave. Habría que hacerlas en forma de U invertida y siempre en el sentido de las agujas del reloj.
- Hacerle unos masajes abdominales para así poder facilitar la expulsión de gases, de forma suave y lenta, realizando movimientos siempre en el sentido de las agujas del reloj.
- Realizar flexiones de rodillas y caderas en el bebé, con movimientos de flexión y extensión suaves.
- Mientras el bebé sufre los episodios de llanto, podemos aplicar algunas posiciones que pueden aliviar al lactante: sostenerlo en decúbito prono en nuestros brazos, en decúbito lateral y apoyar su cabeza en nuestro hombro.

Además, es necesario que instemos a los padres a mantener la calma durante los episodios, ya que si ellos se ponen nerviosos también transmitirán esa ansiedad al bebé consiguiendo que esos episodios se alarguen.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver, el cólico del lactante puede llegar a ser una situación de mucha frustración para las familias, ya que en muchas ocasiones no tiene una causa específica y algunos tratamientos no sirven para aliviar estos episodios que sufre el recién nacido.

Aunque la fisioterapia en este caso puede aliviar en gran medida algunos episodios, no debemos de olvidar la importancia de un buen diagnóstico por parte del médico pediatra.

Como hemos visto las técnicas fisioterapéuticas se basan en movilizaciones manuales en la zona del abdomen que podemos desarrollar de forma diaria y que pueden ser hechas por los padres del bebé.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 345

FISIOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA PRONACIÓN DOLOROSA. EL PERSONAL FISIOTERAPEUTA

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

SERGIO GARCÍA PANIAGUA

1 Introducción

Para comenzar la presente revisión bibliográfica , empezaremos hablando sobre el personal de fisioterapeuta que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Se puede decir, que la fisioterapia, a la que también se le puede llamar terapia física o terapia ocupacional, tiene como objetivo principal reparar en todo lo posible la movilidad física de un paciente.

Por lo tanto, los profesionales de fisioterapeuta han de saber muy bien la anatomía humana y también conocer las herramientas con las que van a realizar su trabajo.

¿Qué es un fisioterapeuta? Un fisioterapeuta es aquel profesional de la salud que en su trabajo ofrece unos tratamientos terapéuticos y de rehabilitación para poder diagnosticar, prevenir y tratar los síntomas de varias dolencias.

En su día a día, el personal de fisioterapeuta se encarga de evaluar y tratar a pacientes que por alguna lesión, enfermedad o por vejez, tienen limitado algún movimiento.

Es muy habitual que el personal médico y otros profesionales relacionados con la salud, deriven algún paciente al personal de fisioterapia.

Además, cada vez más personas acuden directamente al personal de fisioterapia sin antes ir a visitar a otro profesional sanitario.

En este capítulo hablaremos de la fisioterapia en el manejo de la pronación dolorosa.

La pronación dolorosa, también conocida como subluxación de la cabeza del radio o codo de niñera, es una lesión ligamentosa que se observa en preescolares, en la que resulta comprometida la función del antebrazo. Se considera la lesión del codo más frecuente en la infancia.

2 Objetivos

- Dar a conocer los signos y síntomas de la pronación dolorosa para hacer una valoración y derivación precoz, así como la información necesaria la prevención de esta lesión.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La pronación dolorosa es una lesión leve del codo, conocida también como subluxación de la cabeza del radio o codo de niñera. Es frecuente en menores de 4 años y más en las niñas. Debido al mecanismo por el que se produce, el codo izquierdo suele afectarse en más ocasiones que el derecho.

La pronación dolorosa es una subluxación leve de un hueso de la articulación del codo. Se produce sin un golpe previo, cuando un adulto tira de forma brusca con fuerza del brazo del niño (como al tirar de él cuando no quiere caminar, al balancearlo, al ayudarlo a subir un bordillo o al sujetarlo cuando tropieza para que no caiga al suelo). Debido a este mecanismo, uno de los huesos del codo (el radio) se desplaza de su posición habitual y hace que el ligamento que lo rodea quede atrapado entre los huesos del codo, bloqueando la articulación.

Síntomas:

Cuando la lesión ocurre:

- El niño generalmente comienza a llorar de inmediato y se niega a usar el brazo debido al dolor en el codo.
- El niño puede sostener el brazo ligeramente doblado (flexionado) a la altura del codo y presionado contra la zona del vientre (abdominal).
- El niño moverá el hombro, pero no el codo. Algunos niños dejan de llorar a medida que el primer dolor desaparece, pero siguen rehusándose a mover el codo.

Tratamiento:

Cuando el diagnóstico está claro, sobre todo si la lesión se ha producido por el mecanismo del tirón antes referido, no hace falta hacer radiografías.

Hay dos posibles maniobras:

- Supinación. Es la forma clásica. Se trata de sujetar el brazo del niño por el codo con una mano y por la muñeca con la otra mano. Se va tirando lentamente de la muñeca y se gira el antebrazo de forma que su pulgar se vaya alejando de su cuerpo, colocando la palma de su mano hacia arriba. Se puede seguir con un movimiento de flexión del codo. Puede ayudar colocar el pulgar de la mano que sujeta el codo sobre la cabeza del radio (se puede localizar siguiendo el hueso que va desde el pulgar del niño hasta el codo). Cuando el hueso vuelve a su sitio, se puede notar un resalte o clic en el lugar donde se ha colocado el pulgar, y el niño puede mover el brazo.
- Pronación. Se sujetan el codo y la muñeca del niño igual que antes pero, en vez de hacer girar el antebrazo llevando la palma de la mano hacia arriba, se gira en sentido contrario.

Si no se logra reducir con una maniobra, se puede intentar con la otra.

Tras la reducción, no suele ser necesario hacer ningún tipo de inmovilización.

Pero a veces puede hacer falta cuando no se trata pronto o cuando se repite muchas veces.

Cuando estas maniobras se realizan pasadas las 12 horas desde la producción de la lesión o cuando no se consigue la reducción a pesar del tratamiento, puede estar indicada la inmovilización del brazo.

Normalmente, tras la maniobra de reducción, el dolor desaparece y el niño recupera la movilidad del brazo de forma inmediata (aunque en algunas ocasiones puede demorarse algunos minutos por el dolorimiento y la precaución), sin dejar secuelas. No tiene complicaciones graves, aunque en niños que han sufrido una pronación puede existir una tendencia a repetirse en más ocasiones.

5 Discusión-Conclusión

La pronación dolorosa del codo es una luxación de la articulación del codo en un niño pequeño generalmente causada por un adulto, o una persona más alta, que tira de manera repentina del brazo del niño cuando está extendido o cuando un niño se aparta de un adulto de un modo impulsivo. También puede ser causada por una caída o una torcedura. El niño se queja de dolor inmediatamente y no puede usar el brazo.

El tratamiento consta generalmente de la manipulación del brazo para lograr que los huesos del codo recuperen su posición correcta. Esta lesión se trata generalmente mediante la intervención manual. Hay dos maniobras típicas, supinación y pronación.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 346

FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO POR PARTE DEL FISIOTERAPEUTA.

SERGIO GARCÍA PANIAGUA

1 Introducción

Para comenzar la presente revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre el personal de fisioterapeuta que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Se puede decir, que la fisioterapia, a la que también se le puede llamar terapia física o terapia ocupacional, tiene como objetivo principal reparar en todo lo posible la movilidad física de un paciente.

Por lo tanto, los profesionales de fisioterapeuta han de saber muy bien la anatomía humana y también conocer las herramientas con las que van a realizar su trabajo.

¿Qué es un fisioterapeuta?

Un fisioterapeuta es aquel profesional de la salud que en su trabajo ofrece unos tratamientos terapéuticos y de rehabilitación para poder diagnosticar, prevenir y tratar los síntomas de varias dolencias.

En su día a día, el personal de fisioterapeuta se encarga de evaluar y tratar a pacientes que por alguna lesión, enfermedad o por vejez, tienen limitado algún movimiento.

Es muy habitual que el personal médico y otros profesionales relacionados con la salud, deriven algún paciente al personal de fisioterapia.

Además, cada vez más personas acuden directamente al personal de fisioterapia sin antes ir a visitar a otro profesional sanitario.

En este capítulo hablaremos de la fisioterapia en el síndrome del túnel carpiano. El Síndrome del túnel carpiano es una afección frecuente que causa dolor, entumecimiento y cosquilleo en mano y brazo. Se produce cuando el nervio mediano se pinza o comprime cuando pasa por la muñeca.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento del túnel carpiano desde el punto de vista de la fisioterapia sin cirugía y tras intervención quirúrgica.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los síntomas del túnel carpiano son:

- dolor.
- Adormecimiento: dedo pulgar, índice, medio y anular.
- Sensación de corriente.
- Una combinación de los tres.

Sucede por la noche, conduciendo o leyendo, en posturas mantenidas. A veces es característico que se aprecie falta de fuerza, poca habilidad al desempeñar actividades o que se les caen las cosas. Cuando los casos resultan severos se nota, falta de sensibilidad permanente y músculos de la eminencia tenar afectos.

Los síntomas más habituales pueden ser tratados sin cirugía:

- Poniéndole tratamiento a las enfermedades asociadas en caso de haberlas.
- Cambiando costumbres.
- Usando férula manteniendo muñeca recta.
- Férula nocturna.

En síntomas más graves y persistentes, se necesita cirugía:

- La incisión puede ser diferente, pero lo que se pretende conseguir es agrandar el túnel y quitar presión al nervio.

Los fisioterapeutas, dentro de sus muchas responsabilidades y capacidades, enseñan pautas y medidas en seguridad laboral. Se elabora un programa que incluye ejercicios que el trabajador pueda realizar en su casa:

- Rotaciones de hombro.
- Fomentar la buena postura a la hora de realizar las posturas en el trabajo.
- Estiramiento de trapecio.
- Potenciar descansos en el trabajo en caso de ser trabajos con movimientos repetitivos, sobre todo de mano y muñeca. No solo trabajo, actividades externas también pueden producirlo: coser, cocinar...

Ejercicios:

- Cerrar el puño suavemente, abrir la mano y sacudir los dedos. 5 veces.
- Dedos estirados y cerramos puño guardando pulgar.
- Antiinflamatorios orales o inyectados.

El tratamiento de Fisioterapia se basa en:

- Terapia manual, descargando musculatura de antebrazo, realizando movilizaciones de cada articulación y de los huesos del carpo.
- Punción seca: se tratan los puntos gatillo.
- Neurodinamia: se moviliza de la extremidad superior todas las estructuras neurales, consiguiendo liberación y disminución del dolor en el nervio mediano.

Realizados tanto de forma pasiva como activa.

- Electroterapia: Microondas, ultrasonidos, electroestimulación del nervio mediano.

5 Discusión-Conclusión

Gracias al tratamiento fisioterápico se logra disminuir la inflamación, recuperar la fuerza del pulgar, conseguir que la movilidad de la muñeca sea completa y lo más importante hacer que el dolor sea menor. Teniendo en cuenta todas las terapias conservadoras, la fisioterapia es la más utilizada y la que mayores beneficios produce.

En cuanto al quirúrgico, puede ser cirugía abierta o endoscópica.

Resulta beneficioso para pacientes con síntomas leves tratar desde el punto de vista de la fisioterapia, corrigiendo postura según el trabajo que desempeñe, evitando que no lleguen a tener túnel carpiano o si ya lo tienen intentando que los síntomas no vayan a más.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 347

APLICACIÓN DE LA FLUORACIÓN DENTAL POR PARTE DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

Antes de conocer una pequeña parte de la historia del flúor y su importancia dentro del campo de la odontología será necesario conocer qué es la fluoración dental definiendo este término como una medida preventiva o método que consiste en la aplicación de flúor sobre los dientes.

Para llegar a la aplicación de la fluoración en la actualidad en las clínicas dentales será necesario remontarnos a principios de mil novecientos noventa concretamente a una localidad estadounidense llamada Colorado Springs en donde los dentistas empezaron a notar un patrón extraño entre la población la cual había aumentado la incidencia o prevalencia de dientes marrones y amarillos con la peculiaridad de que ninguno tenía caries lo que les llevó a investigar o preocupar cuál podía ser la causa de dicho acontecimiento, lo que les llevó a determinar que esto venía provocado por la presencia de abundante cantidad de flúor en la agua que consumía la población lo que se denominó fluorosis. Tras este hallazgo o conclusión se preguntaron si un adecuado nivel de flúor podría ayudara combatir la caries llegando a la conclusión de que este podría ser uno de sus aliados frente a la lucha de las caries desde edades tempranas sin olvidar que también es necesario seguir otra serie de pautas como son: revisiones periódicas y cepillado diario.

2 Objetivos

- Establecer o determinar a qué pacientes irá dirigida la fluoración dental.
- Determinar el material que necesita el higienista dental para la aplicación de la fluoración de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se puede establecer que la aplicación de fluoración dental se realizará en aquellos pacientes que cumplan los siguientes parámetros:

- En aquellos pacientes con más tendencia a desarrollar caries ya que ayuda a fortalecer el esmalte la aplicación de flúor.
 - En aquellos niños o adultos que vivan en zonas donde el agua potable no esté fluorada.
 - En pacientes inmunodeprimidos ya que el esmalte de los dientes se les debilita.
- En cuanto al material necesario para la higienista dental para realizar el tratamiento de la fluoración dental se puede determinar que el material necesario será un molde de plástico adaptado a la boca y dos el propio flúor.
- En cuanto a los beneficios que aporta el flúor a nuestros dientes tras diversos estudios se puede establecer que los beneficios son los mencionados a continuación:
- es una eficaz protección contra las caries dentales tanto en dientes tanto definidos como temporales ya que la fluoración puede reducir la caries entre un dieciocho y un cuarenta por ciento en niños y un treinta y cinco por ciento en adultos
 - con la aplicación de este tratamiento se consiguen dos beneficios a la vez: actuar contra la destrucción del esmalte y las bacterias produciendo por lo tanto un efecto bacteriano en casi un ochenta por ciento.
- En cuanto a la edad para aplicar la fluoración en las consultas dentales se puede determinar que será cerca de los seis años ya que se ha observado que antes los niños tienen un alto riesgo de que sea ingerido y no poder realizarlo de forma

correcta por lo que deberemos de estar atentos ante cualquier señal o gesto que nos realice el paciente para así poder ayudarlo.

5 Discusión-Conclusión

La mejor manera de prevenir las posibles complicaciones o problemas que puedan traer el no cuidados d la boca será realizar controles anuales desde una edad temprana ya que esto se considera la medida preventiva más eficaz a corto y largo plazo consiguiendo así que los niños se familiaricen con los profesionales sanitarios que se van a encargar de controlar la evolución de su boca así como de los diferente materiales y equipos de los que se dispone en la consulta dental. Durante la realización del tratamiento deberemos de explicarle en todo momento lo que se le va hacer en un lenguaje adaptado a su edad.

6 Bibliografía

1. www.gacetadental.com.
2. www.imq.es.
3. www.axiomaestudidental.com.

Capítulo 348

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA LA HIGIENISTA DENTAL EN LA CONSULTA

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

Se podría definir riesgo laboral como toda circunstancia capaz de causar un peligro durante el desarrollo de la actividad profesional o bien como todo aquello capaz de producir un siniestro o accidente. La actividad laboral profesional se define como todas aquellas actividades que realiza la persona de manera individual.

Durante la jornada laboral, el higienista dental, así como todo aquel que trabaja en la consulta, está expuesto durante el desarrollo de su jornada laboral a múltiples riesgos de diferente índole o carácter, como pueden ser: riesgos físicos, químicos, biológicos o riesgos por sobrecarga mental como física. Para regular y establecer las medidas a aplicar para proteger al trabajador frente a los riesgos a los que se expone diariamente, nace o surge la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en el año mil novecientos noventa y cinco. Sin embargo, en su origen no tenía ni contemplaba los mismos puntos que en la actualidad, ya que no protegía tanto al trabajador ni el empresario, tenía tantas obligaciones. Se puede decir que la primera referencia que encontramos respecto a la protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de su actividad diaria data del año mil novecientos, en el cual se aprueba la ley de Accidentes de Trabajo, la cual sufriría en el año mil novecientos ochenta cambios importantes introducidos por Europa al ver que los anteriores no eran suficientes, dichos cambios son los siguientes:

ampliación del concepto de seguridad y de conocimientos de salud en el ámbito laboral.

Sin embargo, y a pesar de los cambios anteriores realizados por Europa, no sería hasta la aparición de la ley de Riesgos Laborales en mil novecientos noventa y cinco cuando se garantizase al trabajador una protección eficaz en materia de seguridad.

2 Objetivos

Los objetivos respecto a la realización de este trabajo son los siguientes.

- Identificar los riesgos laborales a los que se enfrenta la higienista dental durante su jornada laboral
- Establecer las medidas a seguir en cuanto a los riesgos laborales que se deriva de la actividad profesional

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

De los diferentes estudios realizados respecto a la incidencia de los riesgos laborales derivados de la actividad odontológica se puede extraer los siguientes datos:

- En la gran mayoría de los casos de todos los riesgos laborales, el que más afectaba a los odontólogos, así como a los higienistas dentales, era el físico, situándose el porcentaje en un cuarenta y dos por ciento, seguido del ergonómico cuyo porcentaje se sitúa en un treinta y cuatro por ciento y por último el riesgo psicosocial afectando a un veintisiete por ciento de los profesionales
- De entre los riesgos físicos, la incidencia se sitúa más alta respecto a los daños producidos por la radiación en un porcentaje del sesenta y seis por ciento del total.

En cuanto a las medidas preventivas a tomar por el higienista social respecto los riesgos los que se encuentra, se puede establecer que las más importantes son las mencionadas a continuación

-En cuanto a los riesgos físicos, las medidas preventivas serán: mantener orden, señalización de las zonas de trabajo, indicando aquellas zonas de mayor riesgo con carteles de advertencia u utilización de gafas de protección ocular en el caso de la lámpara para obturaciones o láser utilizada en los blanqueamientos dentales.

-en cuanto a los riesgos químicos, las medidas a utilizar serán uso de guantes para evitar el contacto directo con la piel, ya que puede producir lesiones e incluso quemaduras, así como el correcto pictograma en los envases.

-En cuanto a los riesgos biológicos, las principales medidas serán: vacunación, siendo las principales:sarampión, rubeola y hepatitis, empleo de barreras de protección, entre las que incluiremos gafas, guantes, protección ocular

- riesgos físicos, principalmente contracturas, dolor a nivel, dorso lumbar, para lo que será importante mantener una correcta postura y una ergonómica en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir, en cuanto a las medidas preventivas, que la más eficaz es un correcto lavado de manos, ya que deberemos de tener en cuenta que debido a nuestro trabajo estamos en continua contacto con sangre y muchos pacientes tanto niños como mayores acompañados del uso de protección ocular en caso de salpicaduras y uso de guantes tanto para realizar los tratamientos a los pacientes como limpiar o estar en contacto con el material usado teniendo especial cuidado en aquellos pacientes que tengan padezcan enfermedades infectocontagiosas como la hepatitis. En cuanto al resto de medidas preventivas, será importante adaptarlas al tipo de riesgos al que nos enfrentamos, ya que cada uno de ellos tiene una serie de medidas específicas

Capítulo 349

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES

PATRICIA GARCÍA ABEIJÓN

JUAN LUIS PALOMO GARCIA

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad del metabolismo, crónica, además de hereditaria, que se caracteriza porque los niveles de azúcar en sangre son muy altos debido a que el páncreas tiene un problema grave y no genera la insulina suficiente.

Un paciente con diabetes mellitus presenta síntomas como pérdida de peso, poliuria, polifagia, polidipsia, cetonuria, a todo esto se le suman niveles muy altos de glucemia.

Hay dos tipos de diabetes mellitus:

- DM tipo I o insulino-dependiente. Suele aparecer en pacientes jóvenes sin ningún problema de salud, tienen un peso normal o incluso están delgados. Estos pacientes responden muy bien al tratamiento.
- DM tipo II o no dependiente de insulina. Es la más frecuente, suele aparecer en pacientes con edad superior a 40 años, con problemas de peso, el cual cogen en poco tiempo y no responden al tratamiento con insulinas.

La diabetes es una enfermedad crónica que supone un gran problema para la salud personal, afecta a un gran número de la población y supone un gran gasto para el sistema nacional de salud.

Esta enfermedad tiene complicaciones muy graves pudiendo afectar a órganos muy importantes, estos pacientes tienen muchas probabilidades de presentar en-

fermedades cardíacas, tener derrames cerebrales, lesiones neurológicas, insuficiencia renal, presión arterial alta, ceguera y otros problemas en los ojos como retinopatía diabética.

Los pacientes con esta enfermedad deben de llevar muy bien su alimentación dado que debe de ser más controlada que el resto de personas, deben de evitar azúcares, hidratos de carbono y grasas en grandes cantidades, en general, deben de mantener una dieta muy sana con frutas y verduras, proteínas sanas como carne y pescado, lácteos y alguna legumbre.

2 Objetivos

- Conocer la definición de la diabetes mellitus, sus síntomas y los criterios de diagnóstico.
- Identificar los tipos de diabetes mellitus.
- Describir el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas, MEDLINE (Pubmed) y EMBASE, así como en la web de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SE-FAC) y en la base de datos del medicamento (Botplus), para consultar la evidencia científica disponible sobre la Diabetes Mellitus.

4 Resultados

SÍNTOMAS.

- Aumento de la excreción de glucosa a través de la orina (glucosuria). Para poder excretar grandes cantidades de glucosa a través de la orina, se debe excretar agua que diluye la glucosa, provocando poliuria.
- El cuerpo compensa el aumento de la excreción de agua a través de la orina, aumentando la sed y provocando polidipsia.
- La pérdida de glucosa a través de la orina da como resultado una pérdida calórica (se pierden cuatro kilocalorías por cada gramo de glucosa eliminado), lo que resulta en una pérdida de peso.
- El cuerpo compensa la pérdida de calorías aumentando el apetito provocando que la persona coma en exceso, conocido con polifagia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

- HbA1c $\geq 6,5\%$.
- Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/L). Se considera ayunas el no aporte calórico durante al menos las 8 horas previas a la determinación.
- Glucemia ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) a las dos horas de realizar el test de tolerancia oral a la glucosa, utilizando 75 g de glucosa diluida en agua.
- Glucemia ≥ 200 mg/dl a cualquier hora del día, en pacientes con clínica clásica de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.

TIPOS DE DIABETES MELLITUS.

• DM tipo 1:

Es causada por una destrucción autoinmune de la célula beta pancreática.

• DM tipo 2:

Caracterizada por resistencia insulínica asociada usualmente a un déficit relativo de insulina.

• Diabetes gestacional:

Es la DM que comienza o se diagnostica por vez primera en el embarazo.

TRATAMIENTO.

1.- Insulinas:

- Insulina de acción rápida/ultrarápida: su acción comienza a la media hora de su administración. Su máximo efecto lo tiene 1-3 horas después y dura entre 2-8 horas. Son: Insulina Regular, Insulina Lispro, Insulina Aspart, Insulina Glulisina.
- Insulina de acción intermedia: su acción comienza tras 1-2 horas de su administración. Su máximo efecto lo tiene 2-15 horas después y dura 18-24 horas. Es la Insulina NPH.
- Insulina de acción prolongada: su acción comienza a las 1-5 horas tras su administración. Su máximo efecto lo tiene a las 2-20 horas después y dura 18-28 horas. Son: Insulina Detemir, Insulina Glargina, Insulina Deglute.

2.- Antidiabéticos orales: Se clasifican en función de su forma de actuar sobre la glucemia.

- Secretagogos:
 - Sulfonilureas: Glibenclamida, Gliclazida, Glimepirida, Glipizida. Son de elección en DM2.
 - Meglitinidas: Repaglinida, Nateglinida. Tratamiento de la DM2, solas o en combinación con metformina. Efecto rápido y corto.
- Sensibilizantes:
 - Biguanidas: Metformina. Primera elección en DM2 y como coadyuvantes de sulfonilureas.

- Tiazolidindionas: Pioglitazona, Ciglitazona. Tratamiento de pacientes con DM2, en monoterapia o en asociación con insulina y otros hipoglucemiantes.
 - Inhibidores de la absorción intestinal de glucosa: son los inhibidores de α -glucosidasa, Acarbosa y Miglitol. Tratamiento de la DM2 conjuntamente con sulfonilureas, metformina o insulina.
 - Análogos de proteínas :
 - Análogos del GLP-1 (Incretinas): Liraglutida, Lixisenatida, Exenatida, Albiglutida, Dulaglutida, Semaglutida. Tratamiento de pacientes con DM2 para alcanzar el control de la glucemia, en combinación con otros fármacos hipoglucemiantes o antihiperoglucemiantes.
 - Inhibidores de la dipeptidil-peptidasa 4: Saxagliptina, Sitagliptina, Linagliptina, Alogliptina, Vildagliptina. Tratamiento DM2 en monoterapia o en combinación con otros fármacos hipoglucemiantes o antihiperoglucemiantes.
 - Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2): Canagliflozina, Dapagliflozina, Empagliflozina, Ertugliflozina. Tratamiento DM2 solo o en combinación.
- A veces es necesaria la administración de Glucagón para:
- Restablecer la glucemia en casos de sobredosificación de insulina o hipoglucemiantes orales.
 - Relajar el intestino liso con fines diagnósticos en radiología.
 - Relajar el esfínter de Oddi y el tracto biliar (cólicos y obstrucciones biliares).

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es un problema serio y de rápido crecimiento, tanto en los países ricos como en los pobres. Es una epidemia que provoca muchos gastos en sanidad por las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad, como por los costes de las complicaciones que conlleva.

La diabetes tipo 2 está afectando cada vez a personas más jóvenes, incluso a los niños, en varias partes del mundo.

Podemos ver que la epidemia de diabetes está realmente fuera de control y se necesitan grandes esfuerzos para ayudar a aquellos que ya tienen diabetes y más prevención para evitar el desarrollo de la enfermedad.

Desafortunadamente, la mayor incidencia de la enfermedad se presenta en países donde hay poca ayuda para lidiar con el tratamiento y la prevención de la enfermedad.

En los países de ingresos bajos o medios es un serio desafío para sus sistemas de atención de la salud, donde muchas personas sufren de un problema de salud crónico. Lo que nos lleva a que la diabetes se considere una epidemia a nivel mundial bastante grave.

6 Bibliografía

1. P. Lorenzo, A. Moreno, J.C. Leza, I. Lizasoain, M.A. Moro. Farmacología básica y clínica. 17ª Edición.
2. Greenstein. Endocrinología. Editorial Médica Panamericana. 3ª Edición.
3. Linda S. Constanzo. Fisiología. Elsevier España. 7ª Edición.
4. Organización Panamericana de la salud. <https://www.paho.org/es>.

Capítulo 350

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PATRICIA GARCÍA ABEIJÓN

JUAN LUIS PALOMO GARCIA

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más frecuentes en nuestro país y uno de los principales motivos por los que las personas acuden a atención primaria.

La HTA está estrechamente asociada con enfermedades cardiovasculares (ECV), como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, accidente cerebrovascular y ECV recurrente.

En nuestro país, 11 millones de personas (el 36,7% según la Organización Mundial de la Salud) padecen esta enfermedad. Aunque la prevalencia de hipertensión en España es media, alrededor del 40% sigue siendo alta en comparación con otros países.

La edad es una de las principales causas de sangrado. Como resultado, el 65% de las personas mayores de 60 años padecen esta enfermedad. El envejecimiento de la población que afecta a países occidentales como el nuestro seguirá aumentando el número de personas que padecen enfermedades crónicas en los próximos años.

Según la Organización Mundial de la Salud, Canadá (29,7%) tiene los niveles más bajos de hipertensión, seguido de Corea del Sur (29,8%) y Estados Unidos (29,9%).

Europa Occidental (excluidos Portugal, Irlanda, Noruega y Finlandia) es inferior al 40%.

De hecho, África tiene las tasas más altas de hipertensión. La prevalencia de la hipertensión oscila entre el 40% y el 50% en todos los países, excepto Egipto. Nigeria (52,3%) y Mozambique (50,9%) son los países con mayor HTA.

Muchos estudios han demostrado que los negros son más agresivos y resistentes al tratamiento debido a la genética, esto se demuestra en los afroamericanos, que tienen más HTA y resistencia. La baja incidencia de hipertensión en Estados Unidos se debe a que el país tiene un perfil de edad más bajo que España.

2 Objetivos

- Definir la hipertensión arterial, sus síntomas y los grados de hipertensión arterial.
- Describir el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas, MEDLINE (Pubmed) y EMBASE, así como en la web de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) y en la base de datos del medicamento (Botplus), para consultar la evidencia científica disponible sobre la Hipertensión arterial.

4 Resultados

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica que consiste en el incremento en las cifras de presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros, y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo.

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en países desarrollados. Sin embargo, la hipertensión es una patología tratable.

La causa de la hipertensión arterial es multifactorial y, en la mayoría de los casos, desconocida.

Se considera que un individuo sufre de hipertensión arterial cuando presenta valores de medición de presión arterial (mantenidos en el tiempo, 2 ó 3 meses) superiores a 140 mmHg de presión sistólica (PAS) y 90 mmHg de presión diastólica (PAD).

Grados de hipertensión arterial:

- Óptima: PAS < 120, PAD < 80
- Normal: PAS 120-129, PAD 80-84
- Normal alta: PAS 130-139, PAD 85-89
- HTA grado 1 (leve): PAS 140-159, PAD 90-99
- HTA grado 2 (moderada): PAS 160-179, PAD 100-109
- HTA grado 3 (grave): PAS $\geq$ 180, PAD $\geq$ 110
- Hipertensión sistólica aislada : PAS $\geq$ 140, PAD < 90

Clasificación de los fármacos antihipertensivos:

1. Diuréticos: Están considerados los medicamentos de primera elección. Son: a. Diuréticos del asa: Furosemida, Torasemida. Tratamiento en pacientes hipertensos con insuficiencia renal. b. Diuréticos tiazídicos: Hidroclorotiazida, Clortalidona. Tratamiento de la hipertensión arterial esencial. c. Diuréticos ahorradores de potasio: Espironolactona, Eplerenona, Amilorida. Tratamiento de la hipertensión arterial esencial y en insuficiencia cardíaca congestiva. d. Diuréticos osmóticos: Manitol en ataque agudo de glaucoma, disminuye la presión intraocular. Isosorbida utilizada para la profilaxis y tratamiento de la angina de pecho.
2. Bloqueantes β -adrenérgicos: Propranolol, Sotalol, Timolol, Nadolol, Atenolol, Metoprolol, Bisoprolol, Nebivolol, Carvedilol, Labetalol. Son hipotensores de primera línea.
3. Bloqueantes α 1-adrenérgicos: Ahora se incluyen entre los tratamientos de primera línea por sus efectos favorables sobre el lipídograma y el control de la glucemia. a. Quinazolininas: Prazosina, Alfuzosina, Terazosina, Doxazosina. b. Urapidil: Tratamiento de las crisis hipertensivas por vía IV.
4. Hipotensores centrales: Clonidina, Metildopa, Moxonidina.
5. Antagonistas del calcio: Verapamilo, Amlodipino, Nicardipino, Diltiazem.
6. Sistema renina-angiotensina-aldosterona: a. Inhibidores de la renina: Aliskiren. Tratamiento de la hipertensión arterial esencial. b. IECAs: Captopril, Enalapril, Fosinopril, Lisinopril. c. ARA-II: Losartán, Valsartán, Candesartán, Telmisartán.
7. Otros antihipertensivos: a. Nitroprusiato sódico: tratamiento de emergencias hipertensivas y produciendo hipotensión controlada durante la cirugía. b. Hidralazina: De elección en el tratamiento de la emergencia hipertensiva de eclampsia. c. Minoxidil: Tratamiento de la HTA grave refractaria a otros tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

Un aspecto muy relevante de la hipertensión arterial en España es que un tercio de los hipertensos no saben que lo son y otro tercio, aunque están tratados, están mal controlados. Por esta razón, la prevención de la enfermedad y el control periódico de las cifras de presión arterial son medidas de gran importancia.

Al igual que seguir unas buenas medidas no farmacológicas, como restringir el uso de sal, limitar el consumo de alcohol, dejar de fumar, aumentar la actividad física y el aumento del consumo de frutas y verduras.

Si el paciente no sigue las recomendaciones ofrecidas por el personal sanitario, pueden desencadenarse complicaciones graves, como, por ejemplo, el infarto de miocardio, hemorragias o trombosis cerebral. Estas complicaciones son evitables si se controlan adecuadamente los valores de presión arterial.

6 Bibliografía

1. P. Lorenzo, A. Moreno, J.C. Leza, I. Lizasoain, M.A. Moro. Farmacología básica y clínica. 17ª Edición.
2. Norman M. Kaplan, Ronald G. Victor. Hipertensión clínica. Wolters Kluwer. 11ª Edición.
3. Linda S. Constanzo. Fisiología. Elsevier España. 7ª Edición.
4. Sociedad española de hipertensión. <https://seh-lelha.org/>

Capítulo 351

PRIMEROS AUXILIOS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: EVOLUCIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

DANIEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) ha evolucionado durante el último medio siglo. Por ejemplo, la tasa de compresión torácica recomendada comenzó a 60 / min en la década de 1960, con una relación de compresión a ventilación de 5: 1. Hoy en día, para el público lego, la RCP es "solo compresiones continuas" sin ventilación. Además, el orden de prioridades para la RCP fue ABC (vías respiratorias, respiración, circulación) desde 1960 hasta 2010, cuando la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación (ILCOR) cambiaron el orden a CAB (compresiones torácicas, vías respiratorias, respiración), uno de los cambios más fundamentales realizados en 50 años. Este artículo discutirá algunos de los importantes antecedentes públicos y científicos que provocaron estos y otros cambios. La medición es fundamental para cualquier tipo de mejora en el resultado del paro cardíaco. Es esencial en la investigación, y el factor que se estudia siempre debe medirse.

También destacar que la medición también es de importancia crítica para los esfuerzos de mejora de la calidad. La RCP ha cambiado y progresado considerablemente durante el último medio siglo, principalmente debido a las mediciones cuidadosas y la investigación de tantos en nuestro campo.

2 Objetivos

Conocer como personal que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas acerca de la prevención de riesgos laborales y primeros auxilios, en lo que se refiere a la evolución de la reanimación cardiopulmonar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Desde el siglo 19 hasta 1958, los métodos manuales se utilizaron más comúnmente para aquellos que requerían ventilación artificial e incluían al rescatador presionando el pecho o la espalda de la víctima y luego levantando los brazos, causando exhalación seguida de inhalación. Los métodos manuales de ventilación fueron objeto de estudio científico durante más de 100 años y fueron los principales métodos utilizados para resucitar a las víctimas de ahogamiento y otras causas de apnea.

En un estudio seminal se notificó la eficacia de la ventilación boca a mascarilla. Las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos patrocinaron este trabajo debido a la necesidad de descubrir formas alternativas de ventilar a los soldados que sufren de exposición a agentes nerviosos en el campo de batalla. Recibió fondos similares para desarrollar la ventilación boca a boca, que combinaba la apertura de las vías respiratorias con la respiración asistida y no requería ningún equipo. Safar y Elam colaboraron en una serie de estudios importantes que utilizaron un modelo en el que los voluntarios aceptaron ser sedados y paralizados por Safar y luego tener ventilación asistida, incluso por ciudadanos capacitados. Safar y Elam encontraron que los métodos manuales de ventilación con frecuencia fallaban debido a la obstrucción de las vías respiratorias y que la ventilación boca a boca siempre era efectiva cuando se hacía correctamente.

El concepto de compresión torácica se descubrió por casualidad en un modelo de perro en el que presionar el pecho con paletas de desfibrilador generaba una

presión de pulso registrada por el monitor de la presión arterial, lo que indica el gasto cardíaco (CO).

Una de las primeras descripciones públicas de la técnica de RCP fue en septiembre de 1960, para la Sociedad Médica y Quirúrgica de Maryland, por Safar et al. Fue medio siglo más tarde al mes que los Servicios Médicos de Emergencia (EMS) se convirtieron en una especialidad en la Casa de la Medicina. Safar et al. Estudió la ventilación y la compresión torácica en detalle en pacientes intubados y encontró que las compresiones torácicas movían algo de aire, pero, en promedio, el volumen corriente era generalmente menor que el espacio muerto (156 ml); a menudo era cero, y el intercambio de gases era inadecuado.

Numerosas áreas en los Estados Unidos y otros lugares donde comenzaron a desarrollar sistemas de respuesta a emergencias fuera del hospital en las décadas de 1960 y 1970. En general, se puede afirmar que el descubrimiento de la RCP y el enorme número de ciudadanos heridos o muertos debido a accidentes automovilísticos de alta velocidad dieron lugar a la organización de sistemas EMS. De hecho, el documento de la Academia Nacional de Ciencias 'Muerte accidental y discapacidad: la enfermedad desatendida de la sociedad moderna' galvanizó al Congreso en 1966 para crear el Departamento de Transporte, que lanzó el primer plan de estudios de EMT al año siguiente y el primer plan de estudios de paramédicos en 1971. Por lo tanto, la provisión de capacitación en RCP a los proveedores médicos y al público desempeñó un papel clave en la proliferación de la capacidad de rescatar a los pacientes en paro cardíaco, particularmente en el ámbito extrahospitalario.

El liderazgo temprano en la educación de RCP ejerció la capacidad de capacitar al público en la técnica.

La AHA y la Cruz Roja Americana fueron los primeros partidarios del entrenamiento en la técnica. Poco a poco se hizo evidente que la naturaleza crítica de la RCP iniciada rápidamente por los espectadores no puede ser exagerada: hay un movimiento rápido hacia la muerte cuando el corazón se detiene, y la restauración del flujo de sangre hacia adelante para mover el oxígeno a los tejidos es crítica y sensible al tiempo.

Los años avanzados de educación pública en RCP han revelado que es esencial proporcionar pasos básicos en la educación de RCP. Estos elementos de RCP del espectador son una llamada rápida a la persona que recibe la llamada de emergencia (como el 911); incitación por parte de la persona que recibe la llamada de emergencia para ayudar a la persona que llama a iniciar la RCP, proporcionando instrucciones sobre cómo hacerlo; y el envío de otra persona para encontrar un desfibrilador externo automatizado (DEA) disponible. La clave es la "familiar-

ización” del espectador para comprender la información necesaria para “hacer el trabajo”: Notificación del 911, Prensas y adquisición de DEA.

Los Institutos Nacionales de Salud y un grupo de otros patrocinadores llegaron a reconocer a principios de la década de 2000 que se podría aportar un gran beneficio a la arena de la reanimación de campo invirtiendo en un gran grupo de sistemas de EMS de calidad con el fin de estudiar la reanimación prehospitilaria de pacientes con paro cardíaco y trauma. Esta financiación produjo finalmente 11 asociaciones regionales de universidades / sistemas de EMS / hospitales capaces de proporcionar el apoyo, la capacitación y la administración necesarios para realizar ensayos aleatorios y controlados para estudiar traumas graves, incluidas las víctimas de lesiones cerebrales traumáticas y el paro cardíaco fuera del hospital. El programa comenzó primero con la creación del registro epidemiológico (EPISTRY) que comenzaría la creación de las bases de datos del sistema a las que se aplicarían los ensayos a medida que se publicaran para su estudio.

Los ensayos del Resuscitation Outcomes Consortium (ROC) aportaron la mayor innovación en la ciencia de la reanimación. Antes de que las agencias pudieran participar en un ensayo clínico, tenían que demostrar que podían capturar al menos el 80% de las grabaciones electrónicas de RCP de monitores-desfibriladores para pacientes que recibieron RCP prehospitilaria. También tenían que lograr una calidad mínima de RCP realizada por sus rescatistas. Esta gran proporción de archivos de calidad que contienen métricas invaluableles sobre los pacientes que reciben RCP hizo posibles estudios observacionales adicionales. Además, las mediciones del rendimiento de la RCP condujeron al progreso en el logro de una mejor calidad de la RCP a lo largo del tiempo. Al comienzo del ensayo de RCP ROC en la región de los autores, la fracción de compresión torácica (CCF), que es el porcentaje de tiempo aplicando compresiones torácicas, fue del 42%: Esto era desconocido hasta que lo midieron.

Fundamentalmente, la mayor innovación de la investigación ROC fue en la medición precisa y el estudio de la calidad de la RCP. El ROC estaba recibiendo datos de alta calidad de grandes sistemas de EMS, creando en esencia grandes UCI fuera del hospital en términos de medir aspectos esenciales de la fisiología y la atención del paciente. Llevar la investigación de resultados centrada en el paciente al campo de la investigación del paro cardíaco fue otra innovación importante: los principales resultados de los estudios ROC fueron la supervivencia al alta hospitalaria y los resultados neurológicos.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que trabajan en un centro hospitalario estamos expuestos a diferentes situaciones que pueden revestir una mayor o menor urgencia y gravedad en cuanto al estado de salud se refiere. Es importante por ello que tengamos una formación sanitaria adecuada en materia de prevención de riesgos laborales y primeros auxilios, por lo que creo necesaria la formación de los profesionales por parte de las instituciones sanitarias publicas con cursos y charlas de reciclaje básicos en este campo, que ayuden a mejorar nuestros conocimientos y por tanto nuestra calidad e intervención como personal de su plantilla.

6 Bibliografía

1. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. JAMA 1960; 173:1064 – 1067.
2. Cardiopulmonary resuscitation: statement by the Ad Hoc Committee on cardiopulmonary resuscitation of the Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences – National Research Council. JAMA 1966; 198:138– 145.
3. Kleinman ME, Brennan EE, Goldberger ZD, et al. Part 5: Adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015; 132 (18 Suppl 2):S414– S435.
4. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, et al. Part 5: Adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010; 122 (18 Suppl 3): S685 – 705.
5. Gordon AS, Raymon F, Sadove M, Ivy AC. Manual artificial respiration; comparison of effectiveness of various methods on apneic normal adults. J Am Med Assoc 1950; 144:1447 – 1452.
6. Gordon AS, Affeldt JE, Sadove M, et al. Air-flow patterns and pulmonary ventilation during manual artificial respiration on apneic normal adults. II. J Appl Physiol 1951; 4:408 – 420.
7. Elam JO, Brown ES, Elder JD Jr. Artificial respiration by mouth-to-mask method; a study of the respiratory gas exchange of paralyzed patients ventilated by operator's expired air. N Engl J Med 1954; 250:749 – 754.
8. Elam JO, Clements JA, Brown ES, Elton NW. Artificial respiration for the nerve gas casualty. U S Armed Forces Med J 1956; 7:797 – 810.
9. Safar P, Escarrage LA, Elam JO. A comparison of the mouth-to-mouth and

mouth-to-airway methods of artificial respiration with the chest-pressure arm-lift methods. *N Engl J Med* 1958; 258:671 – 677.

10. Safar P. Failure of manual respiration. *J Appl Physiol* 1959; 14:84–88.

11. Safar P, Brown TC, Holtey WJ, Wilder RJ. Ventilation and circulation with closed-chest cardiac massage in man. *JAMA* 1961; 176:574–576.

12. Safar P, Brown TC, Holtey WJ. Failure of closed chest cardiac massage to produce pulmonary ventilation. *Dis Chest* 1962; 41:1–8.

13. Bass R. History. In: Cone D, O'Connor R, Fowler R, editors. *Emergency medical services: clinical practice and systems oversight*. Dubuque, Iowa: Kendall Hunt Publisher; 2009. pp. 3–19.

14. Weil MH, Becker L, Budinger T, et al. Workshop executive summary report: postresuscitative and initial utility in lifesaving efforts (PULSE): June 29 – 30, 2000; Lansdowne Resort and Conference Center; Leesburg, VA, published in *Circulation* 2001; 103:1182–1184.

15. Idris AH, Guffey D, Pepe PE, et al., Resuscitation Outcomes Consortium & Investigators. Chest compression rates and survival following out-of-hospital cardiac arrest. *Crit Care Med* 2015; 43:840–848.

Outstanding interest: This study discovered that an optimal compression rate exists during cardiopulmonary resuscitation (CPR) to enhance survival.

16. Christenson J, Andrusiek D, Everson-Stewart S, et al., the Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. Chest compression fraction determines survival in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. *Circulation* 2009; 120:1241–1247.

17. Ropollo LP, Pepe PE, Campbell L, et al. Prospective, randomized trial of the effectiveness and retention of 30-min layperson training for cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillators: The American Airlines Study. *Resuscitation* 2007; 74:276–285.

18. Idris AH, Guffey D, Aufderheide TP, et al., the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC) Investigators. The relationship between chest compression rates and outcomes from cardiac arrest. *Circulation* 2012; 125:3004– 3012.

Capítulo 352

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

JESSICA CRESPO GARCÍA

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario es de vital importancia para garantizar la seguridad y bienestar tanto de los trabajadores como de los pacientes. En este entorno, los profesionales de la salud están expuestos a diversos riesgos, desde enfermedades infecciosas hasta accidentes laborales. Por ello, es fundamental implementar medidas de prevención eficaces que minimicen y controlen estos riesgos.

El objetivo principal de la prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario es evitar la aparición de accidentes y enfermedades profesionales, así como promover un entorno seguro y saludable para todos los involucrados. Esto implica identificar y evaluar los posibles riesgos presentes en cada área de trabajo, implementar medidas de control adecuadas y proporcionar la formación necesaria a los trabajadores para que puedan desempeñar sus funciones de manera segura.

Entre los principales riesgos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios se encuentran la exposición a sustancias químicas peligrosas, el manejo de equipos médicos y herramientas potencialmente peligrosas, la carga física y emocional de su trabajo, así como el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas.

La prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario no solo implica el cumplimiento de las normativas y regulaciones establecidas, sino también la pro-

moción de una cultura de seguridad y prevención en todos los niveles de la organización. Esto implica la participación activa de todos los trabajadores, la identificación y comunicación de posibles riesgos, así como la adopción de buenas prácticas de seguridad en el día a día.

En resumen, la prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario es esencial para proteger la salud y el bienestar de los trabajadores y pacientes. Mediante la identificación y control de los riesgos presentes, así como la promoción de una cultura de seguridad, se puede crear un entorno laboral más seguro y saludable para todos.

2 Objetivos

- Adquirir conocimiento y comprensión de los diversos factores de riesgo presentes en el entorno laboral.
- Identificar y comprender los posibles daños y consecuencias derivados de la existencia de riesgos en el ámbito laboral.
- Establecer una relación clara y precisa entre los factores de riesgo identificados y la aparición de daños o lesiones laborales.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una exhaustiva investigación que ha incluido la revisión bibliográfica de la literatura científica disponible. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diversas fuentes, como libros y bases de datos como Scopus, Scielo y Pubmed.

Se han seleccionado cuidadosamente artículos de investigación científica publicados en diversas fuentes académicas para respaldar y enriquecer el contenido de este trabajo.

4 Resultados

Existen cuatro categorías de riesgos derivados de condiciones inadecuadas en el entorno laboral, que se clasifican de la siguiente manera:

1. Condiciones de seguridad: engloba los aspectos relacionados con los lugares de trabajo y los equipos utilizados.
2. Condiciones medioambientales: incluye los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el entorno laboral.

3. Condiciones ergonómicas: abarca tanto la carga física como la mental a la que están expuestos los trabajadores.

4. Condiciones psico-sociales: comprende la organización del trabajo y las características personales de cada individuo.

Es fundamental prevenir los riesgos desde su origen, adoptando medidas que actúen directamente sobre el foco de peligro. Además, se deben evaluar aquellos riesgos que no se pueden evitar y utilizar técnicas de protección colectiva e individual, como barandillas, sistemas de ventilación, pantallas, equipos de protección personal, entre otros.

La falta de prevención de riesgos laborales conlleva accidentes clasificados en tres categorías: leves, graves y mortales, dependiendo de la gravedad de los daños ocasionados. Por ejemplo, en el año 2022 se registraron un total de 1.200.211 accidentes laborales y 22.408 enfermedades profesionales. Se observa que la mayoría de los accidentes ocurren durante los primeros dos años de servicio, siendo los relacionados con el sobreesfuerzo físico los más frecuentes.

Todas las empresas y centros de trabajo tienen la obligación de cumplir con una serie de medidas de prevención, que incluyen la elaboración de un plan de prevención de riesgos, evaluación de riesgos, plan de emergencia, provisión de equipos de trabajo seguros y entrega de equipos de protección individual. También deben adoptar medidas en caso de riesgo grave e inminente, informar y formar a los trabajadores sobre los riesgos generales y específicos de su puesto, realizar controles médicos y brindar una protección especial a grupos de riesgo como embarazadas, lactantes, discapacitados y menores.

Por otro lado, los trabajadores también tienen la responsabilidad de hacer un buen uso de los equipos de protección y de trabajo, así como informar sobre situaciones que puedan representar un peligro para la salud.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el ámbito sanitario, se pueden aplicar las siguientes medidas de prevención:

1. Evaluación de riesgos: Realizar una evaluación exhaustiva de los riesgos presentes en el entorno sanitario, identificando las posibles fuentes de peligro y sus consecuencias para los trabajadores.

2. Formación y capacitación: Proporcionar una formación adecuada a todo el personal sanitario sobre los riesgos específicos del sector, así como las medidas de prevención y los protocolos de seguridad a seguir.

3. Uso adecuado de equipos de protección personal (EPP): Garantizar que el personal cuente con el equipo de protección adecuado y que se utilice correctamente en todo momento. Esto puede incluir guantes, mascarillas, gafas de seguridad, batas, entre otros.
4. Mantenimiento y seguridad de las instalaciones: Mantener las instalaciones sanitarias en buen estado, realizando un mantenimiento regular de los equipos y asegurando la correcta señalización y disposición de los materiales y residuos.
5. Higiene y control de infecciones: Promover prácticas de higiene adecuadas, como el lavado de manos frecuente, el uso de desinfectantes y la gestión adecuada de los desechos médicos.
6. Ergonomía y manejo de cargas: Implementar medidas ergonómicas para reducir la carga física y prevenir lesiones relacionadas con el manejo de pacientes y el levantamiento de objetos pesados.
7. Control de riesgos biológicos: Establecer protocolos de control y prevención de infecciones, como la vacunación adecuada del personal y la implementación de medidas de bioseguridad en la manipulación de sustancias biológicas.
8. Gestión de estrés y salud mental: Proporcionar apoyo psicológico y promover estrategias para gestionar el estrés y prevenir enfermedades relacionadas con la salud mental.
9. Fomentar una cultura de seguridad: Involucrar a todo el personal en la promoción de la seguridad y la prevención de riesgos, fomentando la comunicación abierta, el reporte de incidentes y la participación en programas de mejora continua.

Es importante recordar que cada entorno sanitario puede tener riesgos específicos, por lo que es fundamental adaptar estas medidas generales a las necesidades y particularidades de cada lugar de trabajo. Además, se recomienda cumplir con las regulaciones y normativas establecidas por las autoridades sanitarias y laborales.

6 Bibliografía

1. Vive. Riesgos laborales en Sanidad: ¿a qué se enfrentan los profesionales sanitarios? [Internet]. UNIR. 2021 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.unir.net/ingenieria/revista/riesgos-laborales-sanidad/>.
2. De abril de 11. OBSERVATORIO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES (CEPROSS) Y DE ENFERMEDADES CAUSADAS O AGRAVADAS POR EL TRABAJO (PANOTRATSS) INFORME ANUAL 2022 [Internet]. Seg-social.es. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en:

<https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/5b153e97-94fb-4271-ad07-6b8dbf192625/Informe+anual+2022.pdf?MOD=AJPERES>.

3. de Trabajo y Economía Social M. Estadística de Accidentes de Trabajo del año 2022. Ministerio de Trabajo y Economía Social [Internet]. Gob.es. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.mites.gob.es/es/estadisticas/monograficas_anuales/EAT/2022/index.htm.

Capítulo 353

EL CÁNCER DE HÍGADO Y LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS POR IMAGEN PARA SU DIAGNÓSTICO

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

ANA GARCÍA MARÍN

MARIBEL CRELGO HERRERO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

El cáncer de hígado es un cáncer que afecta a este órgano. El cáncer es una patología en la que las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada.

El hígado es el órgano interno más grande del cuerpo humano. Se encuentra debajo de las costillas, en el lado derecho bajo el pulmón derecho, y tiene dos grandes lóbulos.

Los cánceres de hígado se clasifican principalmente como: primarios y secundarios.

Cuando el cáncer se ha originado en el hígado, se habla de cáncer hígado primario. En este tipo tendríamos diferentes clases de tumor: carcinoma hepatocelu-

lar (HCC), colangiocarcinoma intrahepático (cáncer del conducto biliar), hepatoblastoma y angiosarcoma/hemangiosarcoma.

Se clasifica como secundario, los cánceres cuyo tumor se origina en otro órgano (páncreas, colon, seno y pulmón principalmente) y disemina hasta el hígado.

En los Estados Unidos y Europa, los tumores secundarios del hígado (metastásicos) son más comunes que el cáncer primario del hígado. Al contrario que en lugares de Asia y África, donde predominan los tumores primarios.

Resulta difícil encontrar el cáncer de hígado en sus comienzos, ya que los signos y síntomas suelen aparecer en etapas más avanzadas de la enfermedad. Los tumores pequeños son difícilmente palpables, puesto que las costillas derechas cubren la mayor parte del hígado. Para cuando un tumor puede ser palpado, suele ser bastante grande.

2 Objetivos

- Conocer la patología del cáncer de hígado
- Aprender las pruebas por imagen que se llevan a cabo para su diagnóstico
- Actualizar conocimientos sanitarios en cuanto a actuación frente al cáncer de páncreas

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y en bases de datos como: Cancer.org. Además, se aplica los conocimientos adquiridos durante la experiencia profesional como técnicos superiores en imagen para el diagnóstico, de los autores.

4 Resultados

Actualmente no existen ni se realizan pruebas de detección de cáncer de hígado a todo aquel que tenga un riesgo promedio. Sin embargo, se pueden recomendar pruebas para algunas personas con un riesgo más alto. Estas pruebas incluyen ecografías y analíticas de sangre cada 6 meses.

Pruebas más especializadas en su diagnóstico se reservan para personas que presentan síntomas más específicos de esta patología.

En este punto, las pruebas por imagen tienen un papel fundamental en el diagnóstico de la enfermedad. Entre estas pruebas destacan: la ecografía, la tomografía computerizada, la resonancia magnética, la angiografía y la gammagrafía ósea.

La ecografía suele ser el primer estudio que se emplea para examinar el hígado. Este estudio utiliza las propiedades físicas de las ondas sonoras para crear una imagen en una pantalla de computadora.

La tomografía computerizada (TC) es un estudio de radiografía que produce imágenes detalladas de su cuerpo. Una TC del abdomen puede ayudar a encontrar muchos tipos de tumores del hígado. Puede proporcionar información específica sobre el tamaño, forma y localización de cualquier tumor que se encuentre en el hígado o en cualquier lugar en el abdomen, así como de los vasos sanguíneos adyacentes. Las TC se usan también para guiar agujas durante la realización de biopsias en las áreas donde se sospecha que hay un tumor (biopsia con aguja guiada por tomografía computerizada). Si el resultado es positivo, el protocolo suele incluir un TC de tórax para detectar una posible propagación del cáncer a los pulmones.

La resonancia magnética, al igual que la tomografía computerizada (TC), las imágenes por resonancia magnética (RM) permiten obtener imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, la RM utiliza ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X. En ocasiones, se puede distinguir un tumor benigno de uno maligno. También se pueden usar para examinar los vasos sanguíneos que están en o alrededor del hígado para saber si hay alguna obstrucción, y pueden ayudar a mostrar si el cáncer de hígado se ha propagado a otras partes del cuerpo.

La angiografía es un estudio radiológico para examinar los vasos sanguíneos. Se inyecta un medio de contraste en una arteria para destacar la imagen de los vasos sanguíneos mientras se toman las radiografías.

La angiografía se puede usar para saber si un cáncer es operable y a ayudar a planear la operación.

La gammagrafía ósea puede ayudar a encontrar el cáncer que se ha propagado a los huesos (metástasis). Por lo general, los médicos no ordenan este estudio para personas con cáncer de hígado a menos que haya síntomas, tal como dolor de hueso, o como estudio previo para un trasplante de hígado.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de la importancia del diagnóstico precoz en esta enfermedad, España no cuenta con un programa de cribado a nivel estatal como sí ocurre con el cáncer de mama o el de colon.

El diagnóstico precoz en esta patología cuenta con un papel fundamental para reducir la mortalidad de los pacientes y mejorar el pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, el cribado de esta enfermedad, no solo en España, sino a nivel mundial, tiene dos grandes impedimentos: porque se trata de una enfermedad oculta y hay una elevada tasa de infradiagnóstico y que muchos pacientes no son controlados por especialistas en hepatología (el seguimiento lo hacen médicos de atención primaria o de otras especialidades que no determinan la indicación de cribado por desconocimiento).

6 Bibliografía

1. (Cancer, 2010)

Capítulo 354

FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN LA COLOCACIÓN DE LA Sonda PARA ALIMENTACIÓN

EULALIA JARABO GARCÍA

LAURA GARCIA NAVARRO

MANUEL INOCENCIO MORALES

SARA LÓPEZ LÓPEZ

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

1 Introducción

La colocación de una sonda de alimentación por rayos X, también conocida como colocación de una sonda de alimentación guiada radiológicamente, es un procedimiento que utiliza la guía radiográfica para colocar una sonda o sondas de alimentación en el tracto gastrointestinal de un paciente. Este procedimiento se realiza cuando los pacientes no pueden tomar alimentos por vía oral debido a disfagia, enfermedad neuromuscular, cirugía o condiciones médicas que impiden la absorción adecuada de nutrientes. Durante el uso de la sonda de alimentación de rayos X, se usa fluoroscopia, una tecnología de imágenes en tiempo real, para guiar la sonda hacia el estómago o el intestino. Se inserta un tubo delgado y

flexible a través de la nariz o la boca del paciente y se avanza hacia el tracto gastrointestinal. La fluoroscopia proporciona imágenes en tiempo real que permiten al médico o al radiólogo visualizar la posición y el avance de la sonda para garantizar una colocación adecuada.

Este tubo se puede usar para administrar nutrición líquida, suplementos nutricionales especiales, medicamentos y para vaciar el contenido del estómago según sea necesario. El procedimiento es seguro y bajo la supervisión de un radiólogo o técnico superior en imagen y diagnóstico se realiza perfectamente.

2 Objetivos

Describir el papel del técnico superior en imagen y diagnóstico en la inserción de la sonda de alimentación en un paciente encamado.

3 Metodología

Para profundizar en el resumen de esta bibliografía, se han considerado los buscadores indexados con mayor frecuencia en este tipo de investigaciones, siendo los más utilizados PUBMED y SCIELO, y en este capítulo se hizo una cuidadosa elección a partir de ahí en la implementación de los capítulos.

4 Resultados

Los técnicos superiores en imagen y diagnóstico juegan un papel importante en la colocación de sondas de alimentación. Estas características son esenciales para garantizar la seguridad del paciente, ayudar a los médicos durante los procedimientos y apoyar a los pacientes.

Algunas de las funciones principales del radiólogo al colocar la sonda de alimentación son:

- Preparación del equipo: el radiólogo es responsable de preparar y garantizar el funcionamiento adecuado del equipo de imágenes radiográficas utilizado durante la colocación de la sonda de alimentación. Esto incluye la calibración de equipos, la verificación de la calidad de la imagen y el suministro de los consumibles necesarios, como tubos de alimentación, cables y jeringas.
- Preparación del paciente: antes del procedimiento, el radiólogo prepara al paciente para la colocación de una sonda de alimentación. Esto puede incluir guiar al paciente a través del procedimiento, responder a las preguntas e inquietudes

del paciente y garantizar que se cumplan los requisitos de preparación, como ayuno o retirada de anticoagulantes.

- Asistencia durante el procedimiento: los radiólogos trabajan en estrecha colaboración con médicos o especialistas en radiología intervencionista para colocar sondas de alimentación. Se inserta un tubo a través de la nariz o la boca del paciente para ayudarlo a avanzar hacia el tracto digestivo. El radiólogo se asegura de que se siga la técnica aséptica adecuada y de que la sonda se coloque de forma segura y precisa.

- Operación de la máquina de imágenes: el radiólogo opera la máquina de imágenes radiográficas utilizada para guiar la colocación de la sonda de alimentación. Los parámetros del dispositivo deben ajustarse para obtener imágenes claras y precisas que permitan la visualización y el seguimiento de la sonda durante el procedimiento. Los radiólogos también son responsables de minimizar la exposición a la radiación.

5 Discusión-Conclusión

La empatía de un radiólogo por un paciente que está siendo alimentado con una sonda de alimentación es muy importante. Una actitud empática significa comprender y responder a las necesidades emocionales del paciente y brindarle apoyo y tranquilidad durante el procedimiento. El técnico superior en imagen y diagnóstico debe escuchar atentamente al paciente y mostrar comprensión y empatía por las preocupaciones del paciente. Además, es importante comunicarse de manera clara y respetuosa, guiar el procedimiento paso a paso, responder las preguntas e inquietudes del paciente y asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y confiado al insertar el tubo. La empatía del radiólogo ayuda a crear un ambiente de confianza en el que los pacientes se sienten apoyados y cuidados durante todo el proceso.

6 Bibliografía

- 1- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 355

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA TÉCNICA DE ULTRASONIDO

EULALIA JARABO GARCÍA

SARA LÓPEZ LÓPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

LAURA GARCIA NAVARRO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

1 Introducción

La técnica de ultrasonido, también conocida como ultrasonido o ecografía, es un procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para visualizar estructuras internas.

En la técnica de ultrasonido, se aplica un gel conductor a la piel del paciente en el área de examen. Luego, se mueve sobre la piel un transductor, un dispositivo manual que envía y recibe ondas de sonido. Los transductores emiten pulsos de ondas sonoras de alta frecuencia que rebotan en los tejidos y órganos internos del cuerpo.

Estos ecos son capturados por transductores y convertidos en imágenes en tiempo real que se muestran en un monitor. Las imágenes resultantes permiten

la visualización de órganos, tejidos, vasos y estructuras anatómicas y aportan información sobre su forma, tamaño, textura y movimiento.

La tecnología de ultrasonido se usa ampliamente en medicina para evaluar una variedad de enfermedades en diferentes áreas del cuerpo, incluidos el abdomen, el corazón, los vasos sanguíneos, el sistema reproductivo, los músculos y las articulaciones, y el sistema nervioso.

Es un procedimiento no invasivo, indoloro y seguro que no utiliza radiaciones ionizantes, por lo que está especialmente indicado para mujeres embarazadas y niños. Además, no se requiere preparación especial previa ni posterior tiempo de recuperación. Un ecografista, también conocido como ecografista o ecografista, es el profesional responsable de realizar los procedimientos de ultrasonido. Su función es colocar con precisión el transductor sobre la piel del paciente y ajustar los parámetros del ecógrafo para obtener imágenes de alta calidad y capturar las imágenes necesarias para el diagnóstico.

Además, el ecografista debe mantener una comunicación clara y empática con el paciente, explicar los procedimientos, tranquilizar las preocupaciones y hacer que el paciente se sienta cómodo durante el examen. Además, el técnico de ultrasonido es el responsable de registrar y documentar adecuadamente las imágenes adquiridas y todos los hallazgos de diagnóstico relevantes.

2 Objetivos

Conocer como el técnico superior en imagen y diagnóstico explica de una manera sencilla y fácil en qué consisten las diferentes tareas que realizas en el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se tomaron en cuenta los buscadores indexados con mayor frecuencia en este tipo de investigaciones, siendo los más utilizados PUBMED y SCIELO, luego de lo cual este capítulo seleccionó cuidadosamente de ellos para crear.

4 Resultados

Los técnicos superior en imagen y diagnóstico , juegan un papel clave en la tecnología de ultrasonido. Su funcionalidad es fundamental para garantizar la calidad de las imágenes adquiridas y la seguridad del paciente. Algunas de las fun-

ciones principales de los radiólogos en la tecnología de ultrasonido se detallan a continuación.

- Preparación del equipo: Los radiólogos son responsables de preparar el equipo de ultrasonido y verificar su correcto funcionamiento. Esto incluye realizar controles de calidad regulares, garantizar que los transductores estén limpios y en buenas condiciones y verificar la calibración del dispositivo.
- Preparación del paciente: Antes de una ecografía, el técnico de rayos X prepara al paciente para el procedimiento. Esto incluye explicar el proceso, responder las preguntas e inquietudes de los pacientes y garantizar que se eliminen los objetos metálicos y los dispositivos médicos que no son compatibles con el escaneo.
- Posicionamiento del paciente: El radiólogo posiciona al paciente correctamente para obtener las imágenes requeridas. Esto puede incluir el ajuste de la posición y la inclinación de la mesa o cama de examen y guiar al paciente a la mejor posición para el examen.
- Adquisición de imágenes: durante un examen de ultrasonido, el radiólogo opera la máquina de ultrasonido para adquirir las imágenes requeridas. Esto implica la aplicación de un gel conductor en la piel del paciente, la colocación adecuada del transductor sobre el área de interés y el uso de movimientos suaves y precisos para adquirir imágenes de calidad. El radiólogo también ajusta los parámetros de la máquina, como la frecuencia y el enfoque, según las necesidades de cada exploración.
- Control de calidad: Los radiólogos realizan controles de calidad periódicos para garantizar el correcto funcionamiento del ecógrafo y la calidad de las imágenes adquiridas. Estos incluyen la resolución de monitoreo, la uniformidad de campo y el rendimiento general del instrumento.
- Cooperación con el equipo médico: durante una ecografía, el radiólogo trabaja en estrecha colaboración con el radiólogo u otros profesionales médicos. Puede ser contactado para preguntar sobre instrucciones específicas o para coordinar la adquisición de imágenes necesarias para el diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que los radiólogos simpaticen con sus pacientes al realizar ecografías. Una actitud empática significa comprender y responder a las necesidades emocionales del paciente y brindarle apoyo y tranquilidad durante el procedimiento. El radiólogo debe escuchar atentamente al paciente y mostrar comprensión y empatía por las preocupaciones del paciente. Además, es importante comunicarse de manera clara y respetuosa, incluidas las instrucciones paso a

paso y las respuestas a las preguntas e inquietudes de los pacientes. La empatía del radiólogo ayuda a crear un ambiente de confianza en el que el paciente se siente cómodo y seguro durante una ecografía.

6 Bibliografía

1-www.google.com

2-www.revistamedca.com

Capítulo 356

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN SUS FUNCIONES DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA ABDOMINAL

EULALIA JARABO GARCÍA

MANUEL INOCENCIO MORALES

LAURA GARCIA NAVARRO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

SARA LÓPEZ LÓPEZ

1 Introducción

La tomografía computarizada abdominal, también conocida como tomografía computarizada abdominal, es una prueba de imagen que utiliza rayos X y una computadora para crear imágenes detalladas del abdomen y las estructuras internas.

Durante el procedimiento, el paciente se acuesta en una mesa que se mueve dentro y fuera del escáner circular. Un escáner de tomografía computarizada gira alrededor del cuerpo y emite una serie de rayos X en un haz angosto, creando múltiples imágenes transversales del abdomen en diferentes ángulos.

Estas imágenes se procesan por computadora para crear imágenes detalladas en 2D o 3D de órganos abdominales como el hígado, los riñones, el bazo, el páncreas,

los intestinos y los vasos sanguíneos. La TC abdominal es una herramienta de diagnóstico invaluable, ya que puede detectar y evaluar una variedad de enfermedades abdominales como tumores, inflamación, infecciones, cálculos renales, obstrucción intestinal, aneurismas, abscesos y enfermedades hepáticas. También puede proporcionar información precisa sobre la extensión de los tumores y las lesiones, lo que ayuda en la planificación del tratamiento.

Antes del examen, se pueden administrar agentes de contraste por vía oral o intravenosa para mejorar la visualización de ciertos órganos y estructuras. El procedimiento en sí es indoloro y suele durar unos minutos. Sin embargo, a algunos pacientes les puede resultar incómodo quedarse quietos durante la prueba. La tomografía computarizada abdominal es una herramienta de diagnóstico ampliamente utilizada en medicina, que permite a los médicos obtener imágenes detalladas del abdomen para ayudar a diagnosticar y tratar diversas afecciones médicas. Para garantizar resultados precisos y seguros, es importante seguir las instrucciones de su médico y del equipo de atención médica antes, durante y después de la prueba.

2 Objetivos

Presentar las tareas del técnico superior en imagen y diagnóstico al realizar una tomografía computarizada abdominal en un paciente ingresado.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se consideraron los buscadores más indexados en este tipo de investigaciones, siendo los más utilizados en este trabajo PUBMED y SCIELO, y luego para la elaboración de este capítulo se seleccionaron cuidadosamente de entre ellos.

4 Resultados

Los tecnólogos de rayos X, también conocidos como radiólogos o escáneres de tomografía computarizada (TC), desempeñan un papel clave en la realización de tomografías computarizadas del abdomen. Sus deberes son diversos y principalmente ayudan a garantizar la seguridad y comodidad del paciente, operar equipos de TC y trabajar con el equipo médico. Algunas de las principales responsabilidades de los radiólogos en las tomografías computarizadas abdominales se

enumeran a continuación.

- Preparación del paciente: los radiólogos son responsables de preparar al paciente antes de la exploración. Esto puede incluir explicar procedimientos, responder preguntas y asegurarse de que el paciente comprenda las instrucciones. Además, el paciente está físicamente preparado. B. Colóquelo correctamente y asegúrese de que no haya objetos metálicos que puedan interferir con el escaneo.
- Garantizar la seguridad del paciente: los radiólogos deben seguir estrictamente los protocolos de seguridad. B. Use un delantal de plomo para protegerse de la radiación, asegúrese de que el equipo funcione correctamente y ajuste los parámetros del escáner para limitar la dosis de radiación al mínimo necesario.
- Operación de equipos: los técnicos de flash son responsables de la operación precisa y eficiente de los equipos de TC. Esto incluye configurar los parámetros del escáner de acuerdo con las indicaciones médicas, posicionar y mover la mesa del paciente, programar y realizar escaneos abdominales de acuerdo con los protocolos establecidos.
- Cooperación con el equipo médico: Durante el procedimiento, el radiólogo trabaja en estrecha colaboración con el radiólogo u otros profesionales médicos. Puede ayudar a los médicos durante las exploraciones, compartir problemas e inquietudes y asegurarse de obtener las imágenes que necesita.
- Registros y documentación: es responsabilidad del técnico de flash mantener registros precisos de cada procedimiento realizado. Se registra la información relevante del paciente, los parámetros del escáner utilizados, el uso del agente de contraste, los incidentes y los efectos secundarios durante la exploración.
- Mantenimiento y calidad del equipo: los radiólogos también pueden ser responsables del mantenimiento básico del equipo de Tac. Además de limpiar y calibrar, también trabajamos con el control de calidad para asegurarnos de que el dispositivo funcione correctamente y brinde imágenes de calidad.

5 Discusión-Conclusión

La postura del radiólogo es de suma importancia al realizar una tomografía computarizada abdominal. Una actitud positiva, amable y empática ayuda a crear un ambiente de confianza y bienestar para el paciente, lo que puede reducir la ansiedad y mejorar la experiencia general. Además, una buena postura promueve la cooperación efectiva con el equipo médico y promueve la comunicación y el trabajo en equipo. Los técnicos de rayos X a veces se enfrentan a situaciones difíciles durante el proceso de escaneo, por ejemplo, pacientes con movilidad limitada o que están tensos. La comprensión y la perseverancia te ayudarán a

enfrentar estos desafíos de manera efectiva. En definitiva, la buena actitud del radiólogo repercute positivamente no solo en la calidad de la intervención, sino también en la satisfacción del paciente y la percepción del trato recibido.

6 Bibliografía

1-www.google.com

2-www.revistamedica.com

Capítulo 357

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA HIGIENIZACIÓN DEL UNIFORME EXPUESTO A CONTAMINANTES

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

Un laboratorio clínico debe estar muy bien informado sobre el tema que trata y debe cumplir con un horario que garantice la higiene y la seguridad. Para ser lo más higiénico posible y libre de posibles contaminantes de las muestras que se tratan en este campo, el ambiente del laboratorio de análisis clínicos, incluido el uniforme del técnico, debe ser desinfectado periódicamente. Se dispone de estudios sobre protocolos de evitación.

Se enfatiza que la contaminación cruzada en las muestras puede ocurrir porque los empleados de un laboratorio son la mayor fuente de variación y pueden prevenirse más fácilmente. Los empleados están allí por esta razón.

El uniforme de trabajo del técnico debe estar confeccionado con un material adecuado a las funciones a desempeñar en el laboratorio clínico, mantenerse limpio

y en buen estado en todo momento y contar con todas las piezas necesarias. Debe tener capas adicionales para los meses más fríos y la flexibilidad para ajustarse a los meses más calurosos. También debe tener el tamaño adecuado y estar libre de cualquier forma de prejuicio, incluido el prejuicio racial, como lo es la edad, el sexo o cualquier otro aspecto de la vida personal del empleado de técnico de laboratorio.

2 Objetivos

Describir las diferentes consideraciones que se deben hacer para mantener limpio el uniforme de trabajo del técnico de laboratorio de un hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, entre las que se encuentran las siguientes: ScienieDirect, Scielo, MetLine, o Cuiden Plus, para asegurar la correcta ejecución del trabajo expuesto. Para mí, estos han sido extremadamente útiles en este trabajo.

4 Resultados

Para mantener un ambiente controlado en el laboratorio de análisis clínico, es fundamental cumplir con todas las estrictas normas de higiene dentro de un ambiente hospitalario. Una de esas reglas afecta la profundidad con la que se desinfecta el uniforme de trabajo del técnico. Sería imprescindible poseer un área limpia y segura donde la ropa de trabajo y la ropa de calle se puedan almacenar por separado, así como instalaciones adecuadas para cambiarse y uniformarse al llegar al lugar donde se realiza el trabajo, son necesarias para evitar que los trabajadores traigan sus pertenencias personales al laboratorio y prevenir posibles fuentes de contaminación. Los casilleros personales pueden ser utilizados para este fin, pero se recomienda que cuenten con un mecanismo de cierre que garantice la correcta protección de los elementos que se coloquen en su interior. La provisión de ropa de trabajo adecuada es responsabilidad del empleador.

El uniforme debe ser justo para todos los empleados y no debe discriminar a ningún trabajador por ningún motivo de carácter personal por ser utilizado en el laboratorio clínico. También debe estar limpio y en buenas condiciones. El personal del laboratorio clínico no puede llevarse el uniforme a casa para lavarlo

y descontaminarlo, ya que es responsabilidad del empleador. Durante el tiempo de permanencia en el área de trabajo, se exigirá el uniforme de trabajo, y en su lugar ocupará la ropa de trabajo antes de salir de la oficina, y a la calle. No se recomienda consumir alimentos, fumar o beber mientras se usa ropa de negocios. El técnico de laboratorio, por otro lado, debe comprometerse por completo y cumplir estrictamente con estos protocolos.

Por último, se debe informar cualquier daño o circunstancia peligrosa que involucre el uniforme.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión optamos por mantener una correcta higiene en el uniforme de trabajo del técnico de laboratorio y con ello contribuir a una correcta higiene en el laboratorio clínico, para ello se deben seguir los protocolos de entrada y salida del área de trabajo. El supervisor es el responsable de proporcionar al técnico de laboratorio todos los uniformes necesarios, y este último es responsable de usarlos y mantenerlos en buenas condiciones. Cualquier accidente o requerimiento de reemplazo del uniforme debe ser informado de inmediato para que sea reparado de inmediato y usar uno nuevo para poder seguir con el protocolo de seguridad del hospital.

6 Bibliografía

-<https://prevencionar.com/2022/03/08/manual-de-seguridad-en-el-laboratorio/>
-<http://cufcd.edu.mx/calidad/v20/documentacion/CM/CEMA-DO-LA-2.pdf>

Capítulo 358

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA COMPLEMENTO DEL CONJUNTO DE MOLECULAS PLASMÁTICAS

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

Un conjunto de moléculas de plasma conocido como sistema del complemento, parte del sistema inmunitario, tiene la capacidad de mejorar las respuestas inflamatorias, la lisis celular, la fagocitosis y la quimiotaxis polimorfonuclear.

Hay tres vías para la activación, y todas son secuenciales.

1. La vía clásica se activa cuando los anticuerpos se unen a la superficie del patógeno (formación del complejo Antígeno-Anticuerpo), y solo las inmunoglobulinas IgM e IgG 1, 2 y 3 pueden hacerlo.
2. Se activa una vía diferente antes de la vía clásica simplemente porque el antígeno se encuentra en la superficie de muchos microorganismos.

3. La vía de la lectina es activada por moléculas en la superficie del patógeno a través de una MBL (lectina de unión a manosa) o MBP.

(manosa de unión a proteínas).

Para eliminar microorganismos, neutralizar virus y desencadenar una respuesta inflamatoria, las tres vías se combinan para formar C3, que, una vez activada, avanza en una progresión terminal de activación común.

La letra C y un número se utilizan para identificar las partes del complemento, como en C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 y C9. La mayoría de ellos son proenzimas que necesitan ser escindidas por proteasas para activarse. Una barra horizontal superior sobre el componente en cuestión indica el formulario activo y se muestra una i delante del componente para indicar el formulario activado.

El componente C2 es la excepción; cuando un componente se divide en dos fragmentos por proteólisis, el fragmento más grande se conoce como C3b y el fragmento más pequeño como C3a.

El fragmento más grande es C2a y el más pequeño es C2b.

Los elementos de la vía alternativa se denominan con frecuencia factores (factor B, factor D, factor H y factor P).

2 Objetivos

Conocer el tratamiento de las muestras y técnicas para el estudio de la actividad del sistema complemento en el laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los componentes del complemento se pueden medir mediante técnicas para la determinación de proteínas, el complemento se puede detectar como un antígeno lo que no quiere decir que sea funcionalmente activo, se expresará como la concentración de la proteína estudiada.

Otra forma de medir los componentes del complemento es cuantificando su actividad biológica (basada en la capacidad que tiene el suero para lisar los hematíes recubiertos de anticuerpos).

La muestra utilizada para el estudio del complemento es suero sanguíneo.

Debido a la inestabilidad de algunos factores del complemento se debe considerar el almacenamiento de la muestra que va a depender de la técnica que se utilice pero como norma general se realizará como se explica en los siguientes puntos:

- En cuanto sea posible se separará el suero del coágulo.
- Si la muestra se va a procesar antes de 6 horas desde la extracción, se dejará a temperatura ambiente.
- Si se va a realizar una determinación no funcional, se almacenará en nevera durante 24 horas a 4° C.
- Las muestras en las que se quiera estudiar la actividad del complemento y no se procesen antes de tres o seis horas el suero debe almacenarse a -70° C.
- Cuando la técnica precise diluciones deben realizarse con solución salina fría 4° C.
- Otro factor a tener en cuenta, es la reconstitución del suero control, se debe realizar con agua destilada a 4 °C.

Técnicas de estudio:

Para medir la actividad de las principales proteínas del sistema complemento se puede realizar con ensayos hemolíticos totales CH100 o CH50 que miden la actividad hemolítica del complemento que se han activado por la vía clásica (no detecta pequeños defectos)

CH100 (técnica de inmunodifusión radial)

El suero problema produce una inmunodifusión sobre una placa de agarosa que contiene hematíes sensibilizados, el complemento difunde por la placa y cuando reacciona con los hematíes se produce la hemólisis.

Se puede realizar una inmunodifusión en frío a 4° C y después incubar a 37° C 30 o 60 minutos o hacer la difusión y la hemólisis al mismo tiempo e incubar las placas a 37°C durante 6 horas, transcurrido el tiempo necesario se lee el diámetro del halo de hemólisis y se equipara con una curva de calibración realizada con diámetros estándares de concentraciones de complemento conocidas.

CH50.

La unidad de medida CH50 se define como el inverso de la dilución más alta (cantidad de suero necesario) para lisar el 50% de hematíes sensibilizados en condiciones estandarizadas.

La prueba detecta la hemólisis de hematíes de carnero mediada con los anticuerpos específicos de conejo en presencia del complemento tras la incubación a 37°

c durante una hora.

La hemólisis se mide por espectrofotometría (mide la hemoglobina liberada a 541nm) describiendo una curva sigmoide cuya zona central es prácticamente lineal por lo que se simboliza como CH50, en esta zona la relación de cantidad efectiva de complemento – hemolisis es más sensible a cambios mínimos.

Es una prueba de baja sensibilidad y de difícil estandarización por lo que cada laboratorio debe definir sus valores y adaptarlos a sus condiciones de trabajo.

El estudio del C3 y C4 se realiza con el mismo fundamento que cualquier antígeno, inmunodifusión radial y nefelometría que mide la dispersión de la radiación que atraviesa la muestra o por turbidimetría midiendo la disminución de la intensidad del haz de luz incidente al atravesar una suspensión de partículas capaz de dispersar el haz.

Los factores como por ejemplo la properdina que se activa en la vía alternativa es un factor regulatorio positivo que se une a la superficie microbiana y estabiliza la C3, se determina por nefelometría, el inhibidor de la C1 que bloquea la ruta clásica se determina por inmunodifusión radial.

5 Discusión-Conclusión

Para poder interpretar los resultados obtenidos del complemento en el laboratorio se tendrá en cuenta el aumento y la disminución de su actividad.

Se produce un aumento en enfermedades inflamatorias e infecciosas como reumatismo poliarticular, artritis reumatoide, infarto agudo de miocardio fiebre tifoidea, etc.

La disminución de la actividad puede darse por varias causas (consumo, disminución de síntesis, aumento del catabolismo, presencia de inhibidores).

La reducción de C3 tiene valores bajos de CH50.

Cuando hay un déficit de vía clásica existe disminución de C1, C2, C3 y C4 que ocurre por ejemplo en la enfermedad del suero, crioglobulemias mixtas, lupus eritematoso sistémico.

En la vía alternativa desciende el factor B y C3 que ocurre especialmente en las septicemias por gérmenes gramnegativos y en glomerulonefritis membranoproliferativas.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/actividad-hemolitica-complemento-ch50/#google_vignette.

2. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_bb54f999503b782ff1a305385ce83894.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisisdelcomplemento/>.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952016000600489.
5. Técnicas de Inmunodiagnóstico (CFGS LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO) por A. Gómez M. C. Cuellar.

Capítulo 359

PREVENCIÓN Y RIESGOS RADIOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA EXTERNA PARA TÉCNICOS, PROFESIONALES Y MIEMBROS DEL PÚBLICO

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

NURIA ARAQUE GUERRERO

RAQUEL MADRID MARTINEZ

1 Introducción

Los accidentes e incidentes previsibles que se pueden dar en la unidad de radioterapia externa se deben a situaciones de anormalidad en el uso terapéutico de las radiaciones ionizantes debido a la pérdida de control de los emisores.

La mayoría de los accidentes que se producen en las instalaciones de radioterapia son provocados por errores humanos, tanto en países subdesarrollados como en países desarrollados.

Un accidente se trata de un suceso repentino que ocasiona un daño, ya sea en las personas, maquinaria o en la instalación, mientras que el incidente se trata también de un suceso repentino que puede causar un accidente por las malas acciones o la falta de precaución.

Para evitar este tipo de sucesos, las instalaciones de radioterapia están dotadas de una normativa para la prevención y riesgos radiológicos. Esta normativa engloba

el uso con radiaciones ionizantes, desde la clasificación de los trabajadores, los diferentes blindajes, los dosímetros de ambiente y personales, la formación de los profesionales, la señalización de cada una de las áreas y los diferentes métodos de actuación en estas instalaciones.

Los hospitales y centros que disponen del servicio de radioterapia, tienen ubicada esta unidad de manera casi independiente a la de otras áreas del centro sanitario. Esto es, a que deben estar aisladas del resto de las instalaciones, por lo que generalmente se encuentran ubicadas en el sótano del hospital o planta -1.

2 Objetivos

Explicar de manera simplificada alguna de las cuestiones más destacadas a tener en cuenta en la prevención y protección radiológica para la unidad de radioterapia externa.

- Principios y medidas del sistema de protección radiológica.
- Accidentes que pueden tener lugar en la unidad de radioterapia externa.
- Prevención y procedimiento operacional ante estos accidentes .
- Limitación de dosis.
- Clasificación del personal expuesto.
- Clasificación de zonas.
- Medidas dosimétricas.

3 Metodología

Para el abordaje y elaboración de este capítulo de revisión bibliográfica se ha procedido a la búsqueda de información tanto en la página oficial del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), como en el estudio y consulta del artículo publicado por el BOE, correspondiente al BOE-A-2022-21682, Real Decreto 1029/2022, de 20 de diciembre, el cual aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes.

4 Resultados

La Protección radiológica trata de obtener el mayor beneficio de las radiaciones ionizantes asegurando la protección para el ser humano y el medio ambiente. Para ello, se establecen medidas preventivas y normas de seguridad con el objetivo de mantener las dosis por debajo de un umbral determinado. Para conseguir

estos objetivos se aplican los principios y medidas del sistema de protección radiológica propuestos por la Comisión Internacional de Protección radiológica.

Principios y medidas del sistema de protección radiológica

- Justificación: La exposición a radiaciones se hará únicamente cuando implique la obtención de un beneficio para el individuo expuesto.
- Optimización: La magnitud de las dosis individuales se ajustará y será coherente con la finalidad médica de la exposición.
- Limitación de dosis: La dosis recibida debe ser la más baja posible, basándose en el principio ALARA "tan bajo como sea razonablemente posible" en español). Las medidas básicas que se aplican para reducir los riesgos de irradiación son las siguientes:
- Distancia: Aumentar la distancia entre la fuente de radiación y el operador para que las condiciones de trabajo sean aceptables.
- Tiempo: Disminuir el tiempo de exposición, para reducir la dosis.
- Blindaje: Utilizar blindaje entre el operador y la fuente, como el uso de materiales con un espesor de material absorbente.

Accidentes que pueden tener lugar en la unidad de radioterapia externa

- Pérdida de control de los parámetros que caracterizan los haces generados en aceleradores o errores importantes en alguno de los parámetros críticos del tratamiento o en su aplicación, ante esta situación se interrumpe la radiación y se impide la puesta en marcha del equipo hasta que la situación se normalice.
- Incendio, inundación u otra catástrofe.
- Presencia inadvertida de personas dentro del búnker.

Prevención y procedimiento operacional ante estos accidentes

- Formación y conocimiento del profesional sobre las técnicas y riesgos de la misma.
- Formación de los sistemas de seguridad, elementos de protección y correcta utilización.
- Entrenamiento adecuado
- Revisión y formación constante de los procedimientos.

Limitación de dosis

Los límites de dosis establecidos se refieren a un periodo específico de tiempo y en dosis comprometidas a 50 años. El cómputo de estas dosis no incluye la dosis recibida al fondo radiactivo natural ni a la exposición sufrida por exámenes o tratamientos médicos.

Clasificación del personal expuesto

En las instalaciones de radioterapia el personal generalmente corresponde a 'personal de categoría B:

- No es A, o sea, no es probable recibir dosis por encima de 6 mSv/año o Dosis de ORT y RF = 0 mSv/año.

En otras instalaciones de radioterapia como sería el personal que pueda atender una emergencia en braquiterapia corresponde al personal de categoría A.

- La dosis puede acercarse, e incluso superar los 6 mSv si no se actúa rápido.

Clasificación de zonas

- Zona controlada (trébol verde): En la que existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 6 mSv por año oficial o es necesario seguir procedimientos con el objetivo de restringir la exposición a la radiación ionizante, evitar la dispersión de contaminación radioactiva o prevenir y limitar la probabilidad de accidentes radiológicos.

- Dentro de la zona controlada podemos encontrar otras subzonas: Zona de permanencia limitada (trébol amarillo), zona de permanencia reglamentada (trébol naranja), zona de acceso prohibido (trébol rojo) y zona vigilada (trébol gris).

Medidas dosimétricas

Se utilizan medidas de vigilancia tanto del ambiente de trabajo como de vigilancia individual. Para la vigilancia individual el personal sanitario irá dotado de un dosímetro personal, el cual será revisado por el Servicio de Prevención que desarrolle la función de vigilancia y control de salud de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de accidentes ocasionados en las instalaciones de radioterapia son a consecuencia de errores humanos, por lo que uno de los puntos más importantes para la prevención de estos corresponde a la formación continua que den lugar a la mejora de conocimiento y actualización de los mismos. Otro factor importante en la prevención y protección radiológica es cumplir con las medidas básicas propuestas por la Comisión Internacional de Protección Radiológica: distancia, tiempo y blindaje

La prevención y protección radiológica en la unidad de radioterapia externa son fundamentales para evitar accidentes e incidentes. Se deben aplicar medidas de control y cumplir con la normativa establecida para garantizar la seguridad del personal y de los pacientes.

Ante cualquier incidencia, ésta debe ser anotada en el libro de operaciones y el operador deberá comunicar al supervisor responsable y radiofísico, que serán los

responsables de comunicar la incidencia al servicio técnico de mantenimiento de la unidad. Estas situaciones se deberán notificar al CSN (Consejo de Seguridad Nuclear).

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-21682#dd>
<https://www.csn.es/proteccion-radiologica>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 360

DIFERENTES EQUIPOS CON LOS QUE PUEDE TRABAJAR EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA

RAQUEL MADRID MARTINEZ

NURIA ARAQUE GUERRERO

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

1 Introducción

La Unidad Radioterapia oncológica es un servicio que se proporciona en un centro hospitalario que contenga los equipos y profesionales necesarios para poder proporcionar este servicio, por desgracia, requiere de infraestructuras y tecnologías que son de un elevado coste por lo que escasean, no obstante, ya son numerosos los centros hospitalarios que cuentan con ellas.

En esta unidad podemos encontrar profesionales tales como, médicos, enfermeros, TCAE, etc. y sin menos preciar la labor de estos, desempeñando un papel fundamental, los técnicos en radioterapia y dosimetría, estos son los encargados de planificar el tratamiento y de llevarlo a cabo en los diferentes equipos de los que conste el complejo.

No obstante, todos los profesionales conforman un equipo multidisciplinar en el que cooperan y trabajan al unísono por y para el paciente oncológico.

Por ello ha nacido este capítulo en el que recopiló de manera simplificada aquellos equipos con los que se puede encontrar un Técnico en Radioterapia en la unidad,

aunque claro está que la tecnología avanza a pasos agigantados y este se podrá actualizar rápidamente.

No obstante no solo la tecnología avanza rápidamente si no que también por desgracia estos equipos tienen un elevado coste no solo por ellos mismos si no por la infraestructura que requieren lo que presenta el inconveniente de que no todos los hospitales puedan disponer de los mismos.

2 Objetivos

☒ Conocer los diferentes equipos de los que puede estar compuesta la Unidad de Radioterapia oncológica de un complejo hospitalario.

☒ Estar en posesión de los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo su actividad profesional con este tipo de tecnologías.

3 Metodología

Hemos realizado este capítulo basándonos en una investigación, pausada, exhaustiva, verificada, y muy completa de diferentes páginas científicas que engloban desde el mínimo detalle de los equipos de los que vamos a hablar hasta el más complejo mecanismo de los mismos.

Para ello nos hemos parado detenidamente a declinar todas aquellas que no presentarán los criterios necesarios para incluirlas en este artículo

Aquellos criterios han sido los diferentes equipos de los que puede constar una unidad de Radioterapia oncológica de un hospital, así como las funciones que desempeña el técnico en las mismas.

4 Resultados

TRUEBEAM 2.7

Acelerador lineal más puntero que hay ahora mismo en el mercado, “el Ferrari de los aceleradores”. Es capaz de administrar dosis precisas a la mayor brevedad de tiempo que hasta hoy día es posible.

Incorpora un escáner y un sistema que almacena las imágenes obtenidas previamente en el TAC de simulación lo que nos permite combinarlo previo a cada sesión de tratamiento para así asegurarnos que se irradia el blanco o diana y no se ven afectados los órganos de riesgo circundantes. Esto nos permite un hipo

fraccionamiento, es decir mayor dosis en cada sesión y un número menor de sesiones, imposibilitando así la recuperación de las células oncológicas entre sesión y sesión.

Incluye el módulo de gating respiratorio, al Sistema de radioterapia guiada por imágenes (IGRT) lo que permite moldear el haz de irradiación, adaptándose perfectamente a la estructura tridimensional del tumor en cada momento anatómico del paciente. De esta forma se reduce el daño en los órganos próximos y los efectos adversos son menores y más controlables.

Por último, pero siendo la incorporación más importante, cuenta con colimadores cilíndricos que permiten radiocirugía estereotáctica (SRS) sin necesidad de colocar al paciente el marco estereotáxico cruento, protegiendo al máximo el cerebro sano, lógicamente esta incorporación también permite la radiocirugía estereotáctica extracraneal, pulmonar, hepática, y ósea.

TOMOTERAPIA

Este cuenta con un escáner (TAC) lo que permite la visualización de imágenes previas a cada sesión, pero a diferencia del TRUEBEAM (4D y 5D) estas son en 3D. La duración de cada tratamiento es entre 5 y 15 minutos, frente a los 3 minutos, máximo 8 que duran las sesiones de TRUEBEAM.

Emplea la radioterapia conformada tridimensional 3D-CRT, lo que la hace seguir desbancando al TRUEBEAM en cuanto a conformidad de tumoraciones pequeñas, por lo que es el tratamiento de elección en tumoraciones de cuello, ya que esa precisión en la conformidad de tumoraciones a milímetros de partes anatómicas tan radiosensibles permite salvar los órganos de riesgo.

Además, es el tratamiento de elección en tumoraciones prostáticas, ya que permite altas dosis de radiación en cada sesión sin dejar toxicidad en los órganos anejos, con excelentes resultados demostrados en diversos ensayos clínicos.

TC SIMULACIÓN

El equipo de Tomografía computarizada del servicio de radioterapia oncológica no presenta a penas diferencias con el equipo de TC que se encuentra en el servicio de radiodiagnóstico, no obstante las que presenta son de suma importancia para el tratamiento, ya que la mesa es plana y el diámetro del gantry es mayor en el equipo de tomografía del servicio de radioterapia, esto encuentra su razonamiento en que la TC que realicemos al paciente se tiene que reproducir de manera exacta en cada fracción de tratamiento, teniendo un margen de diferencia inexistente por lo que la curvatura de la mesa de un equipo de TC convencional frente a la mesa plana del equipo de Tomoterapia o Truebeam podrían suponer

qué irradiaríamos algún órgano de riesgo colindante.

Por lo demás, la sala de TC del servicio si qué presenta diferencias, ya que en ella podemos encontrar los siguientes:

LÁSERES

Gracias a ellos podemos realizar al paciente el marcaje, qué comprobaremos su correcto posicionamiento colocando en ellos unos perdigones metálicos qué se verán brillantes cuando obtengamos las imágenes del TC.

Una vez comprobado su correcto posicionamiento procederemos a tatuar en ellos las marcas que nos servirán para el tratamiento, haremos coincidir con ellas los láseres que se encuentran en las salas con de los equipos.

HORNO

El TC de Simulación del Servicio cuenta con un horno en el cual calentamos las máscaras termoplásticas, colchones, y corazas, con el fin de hacerlas maleables y adaptables a la anatomía del paciente, y así evitar las posibles quemaduras que se ocasionaban en antaño por el calentamiento de estos materiales con agua.

5 Discusión-Conclusión

Cuando cualquier técnico se encuentra en la situación de desempeñar sus funciones por primera vez en el servicio de radioterapia oncológica de cualquier hospital, se ve en la obligación de enfrentarse por primera vez con diversos equipos de alta tecnología, así como todos sus complementos y accesorios necesarios para llevar a cabo el tratamiento, estos equipos no siempre son los mismos en todos los hospitales puesto que, todos no presentan la misma economía, y por desgracia muy pocos de ellos esta les permite hacer frente a los elevados costes que presentan estos equipos no solo ellos mismos si no la infraestructura necesaria que conllevan, esta situación suele ser traumática por lo que me he visto en la obligación de realizar este capítulo en el que recopiló los equipos más comunes a los que nos solemos enfrentar con más frecuencia para que sirva de ayuda a aquellos lectores técnicos y a aquellos pacientes de orientación.

6 Bibliografía

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/sarcoma-de-tejido-blando/paciente/tratamiento-kaposi-pdq#:text=El%20sarcoma%20de%20Kaposi%20es,pulmones%20y%20el%20tubo%20digestivo>.
<https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n4/editorial.pdf>

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/>
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/>
https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/26_-_normas_de_trabajo_seguro_-_trabajadores_expuestos_a_radiac_ionizantes_ii.pdf
<https://es.gsk.com/es-es/innovaci%C3%B3n-responsable/innovamos/la-historia-del-primer-antirretroviral-contr-el-vih/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-radioterapia-el-tratamiento-del-sarcoma-S0001651905786313>

Capítulo 361

IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS EN LOS FRASCOS DE HEMOCULTIVOS

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ

1 Introducción

Los hemocultivos son muestras de sangre para el diagnóstico de bacteriemias o fúngicas.

Una bacteriemia es la presencia de bacterias en la sangre y, para hacer el diagnóstico del microorganismo se realiza mediante el aislamiento del mismo.

Una infección fúngica son las que están causadas por un hongo.

Para hacer la realización de la toma, a cada paciente se le toman dos muestras, dos de anaerobios y dos de aerobios, siendo la botella de anaerobios tomada en primer lugar y en segundo lugar la de aerobio. Estas cuatro botellas son extraídas para los adultos.

Y si los pacientes son niños y personas mayores con dificultades para la toma de sangre, se le toma una botella de hemocultivo pediátrico.

La extracción de la toma la realiza los enfermeros y una vez tomada se llevan al laboratorio para su procesamiento.

Los sistemas automáticos que se utilizan en los laboratorios para la detección de una septicemia son los Bact/ALERT, que son unos sistemas automáticos en los que el aparato agita, monitoriza e incuba los frascos para así poder detectar si hay algún crecimiento de microorganismos.

Los hemocultivos tras 5 – 7 días de incubación si no ha crecido nada se le considera negativo, por lo tanto, no han crecido ningún microorganismo.

En una botella de hemocultivo, los microorganismos más comunes que suelen crecer son.

- Staphylococcus coagulans negativos.
- Staphylococcus aureus.
- Candida spp.
- Klebsiella pneumoniae.
- Enterococcus spp.
- Acinetobacter baumannii.
- Escherichia coli.
- Pseudomonas aeruginosa.

2 Objetivos

Dar a conocer la identificación de microorganismos en los frascos de hemocultivos en el laboratorio hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las principales bases de datos como son: Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline, de las que he ido recopilando datos y artículos científicos relacionados con el tema del capítulo desarrollado.

4 Resultados

Una vez que el frasco de hemocultivo nos haya marcado como positivo en el Bact/ALERT vamos a proceder a su identificación del microorganismo.

Los pasos a seguir son los siguientes.

- Primero se procede a extraerlo del Bact/ALERT.
- En segundo lugar, realizamos una técnica más rápida, que es una extensión para que nos vaya orientando de qué tipo de microorganismo podría presentar, y esta extensión la teñiremos con la Tinción de Gram

- En tercer lugar, mientras se está secando la extensión realizamos la siembra de las placas que Agar Sangre, Chocolate y Mackonkey, dependiendo de cada protocolo de cada laboratorio, y lo incubamos en la estufa de CO₂, y el Schaelder, que va en condiciones de anaerobiosis.
- Una vez sembradas las placas, la lectura de ellas se hará al día siguiente, excepto el Schaelder que se leerá a las 48 horas.
- Después de su lectura, procedemos a hacer una técnica llamada Técnica Electrofotometría de Masas Maldi – Tof, en la que consiste coger una colonia aislada para la identificación del microorganismo. Esta técnica consiste en depositar en una placa de metal una colonia con echar una gota de matriz, una vez secado lo introducimos en el Maldi – Tof donde nos hace la identificación del microorganismo.
- Ya identificado el microorganismo, procedemos a realizar el antibiograma correspondiente, si el microorganismo lo precisa.
- La realización de los antibiogramas se realiza cogiendo una colonia aislada de la placa y realizamos una concentración 0.5 MC – Farland, después se impregna en una placa de Mueller – Hinton y se colocan los discos de antibióticos que se necesiten. Una vez que se ha realizado se incuba en la estufa a 37°C durante 24 horas, y al día siguiente medimos el diámetro del crecimiento de los discos.
- Y, por último, con el antibiograma y la identificación del microorganismo valorará el facultativo para poder tratar al paciente con el antibiótico correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que los frascos de hemocultivos han pasado su tiempo de incubación en el Bact/ALERT nos pueden indicar como que son positivos o como que son negativos.

- **NEGATIVOS.** Cuando las cuatro botellas de hemocultivos nos dan un resultado negativo, esto nos quiere decir, que no hay ningún tipo de microorganismo en el tiempo de incubación durante 5 a 7 días.
- **POSITIVO.** Cuando los cuatros botellas de hemocultivos, dos o más nos han pitado como positivos, esto quiere decir que el paciente presenta una infección por alguna bacteria u hongo, y, por lo tanto, es muy probable que tenga una infección.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-bacteriemia-fungemia-hemocultivos-S0213005X18300806>
https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2016/01/poster_bact_alert2.pdf
https://www.pediatrica.gob.mx/archivos/burbuja/5_Recomendaciones_de_toma_de_heocultivos.pdf
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003744.htm>
<https://www.labtestsonline.es/tests/hemocultivo>
<https://revistamedica.com/identificacion-microorganismos-hemocultivos/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-bacteriemia-fungemia-hemocultivos-S0213005X18300806>
https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2016/01/poster_bact_alert2.pdf
https://www.pediatrica.gob.mx/archivos/burbuja/5_Recomendaciones_de_toma_de_heocultivos.pdf
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003744.htm>
<https://www.labtestsonline.es/tests/hemocultivo>
<https://revistamedica.com/identificacion-microorganismos-hemocultivos/>

Capítulo 362

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA TINCIÓN Y RECuento DE RETICULOCITOS

MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los reticulocitos son eritrocitos jóvenes anucleados, pero que contienen RNA residual y mitocondrias en el citoplasma. El RNA residual le da un tinte azul con la tinción de azul de cresil brillante. La célula puede describirse en forma más apropiada como un eritrocito policromatófilo. Los reticulocitos son algo más grandes que el eritrocito maduro y constituyen alrededor del 1% de los glóbulos rojos circulantes. Estas células pueden ser identificadas por su reacción con los colorantes supravitales, azul de metileno o azul de cresil brillante. Con este método los reticulocitos son identificados por la presencia de inclusiones azul púrpura. Los reticulocitos suelen permanecer de 2 a 3 días en la médula ósea y un día adicional en la sangre periférica antes de convertirse en eritrocitos maduros. La cuenta de reticulocitos en la sangre periférica indica el grado de eficacia de la actividad en la médula ósea y es una de las pruebas de laboratorio más eficaces en relación con el costo dentro de la clasificación de la fisiopatología de la anemia. En la persona sana de edad avanzada parece disminuir el periodo de vida del eritrocito. Esto se compensa por una médula ósea activa, de tal modo que la hemoglobina y el hematocrito permanecen dentro de los límites de referencia de otros adultos. No obstante, hay una ligera reticulocitosis que refleja el

aumento en la producción de eritrocitos. El número de reticulocitos se expresa como porcentaje del número total de eritrocitos contados. Pueden producirse interpretaciones erróneas cuando solo se informa el porcentaje de reticulocitos presentes en la sangre periférica, ya que estos resultados dependen del número total de eritrocitos presentes en la sangre periférica. Si la cifra total de eritrocitos está disminuida, el porcentaje de reticulocitos no refleja de manera precisa la producción de nuevos eritrocitos por la médula ósea. Puede usarse la cifra de reticulocitos para evitar errores de interpretación debidos a la cifra total de eritrocitos y el aumento de la estimulación de la médula ósea. En la anemia se necesita un índice de actividad eritropoyética más preciso que la cuenta relativa de reticulocitos. Cuando se comunica como porcentaje, no indica la relación entre la masa de eritrocitos de la sangre periférica y el número de reticulocitos que se encuentran en producción de eritrocitos por la médula ósea en respuesta a la anemia, una cuenta de reticulocitos de 0.5 a 1.5% dentro de los límites de referencia nunca es normal para un individuo anémico. El aumento de estas células los reticulocitos en sangre periférica es característico de las anemias de tipo regenerativo, en las que la médula ósea produce más serie roja en respuesta a la pérdida eritrocitaria (hemorragia) o a su destrucción patológica (hemólisis). Por el contrario, su número disminuye constantemente en las anemias de origen medular (anemias arregenerativas), en las que existe una insuficiente elaboración eritrocitaria por aplasia o displasia de la médula ósea o por ocupación de ésta por células que comprometen la eritropoyesis. El aumento del número de reticulocitos puede manifestarse, simplemente, mediante la observación al microscopio de una extensión de sangre periférica correctamente teñida con la tinción de azul de cresil brillante. En estos casos pueden verse hematíes con un color ligeramente azulado o bien con un fino punteado de color azul (punteado basófilo). Ambas alteraciones del aspecto del hematíe obedecen al contenido ribosómico del hematíe joven, pero que adoptan una forma distinta a la del reticulocito por el hecho de que la tinción del azul de cresil brillante implica la fijación previa del glóbulo rojo.

2 Objetivos

Dar a conocer utilidad y procedimiento de la tinción de reticulocitos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura cientí-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos , seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, del tema a estudiar.

4 Resultados

El RNA residual de los hematíes inmaduros (reticulocitos) es precipitado y se tiñe con una tinción supravital de azul de cresil brillante, lo cual permite identificarlos. Se preparan las extensiones y se cuentan las células que contienen precipitados (reticulares) teñidos. Los resultados se expresan en porcentajes de los reticulocitos examinados y en cifras absolutas por milímetro cúbico. Unas de las utilidades clínicas que tiene el recuento de reticulocitos se utiliza para medir la actividad eritropoyética de la médula ósea en anemias y en otras condiciones hematológicas. El técnico de laboratorio hace la preparación de la tinción:

1. Es una tinción supravital, se hace mientras las células aún están vivas. Para ello, echamos 3 gotas de la solución colorante de azul de cresil brillante en un tubo de hemólisis y otras 3 gotas de sangre total previamente mezcladas
2. Mezclamos suavemente y tapamos con papel para film. Introducimos en el baño de agua a 37°C durante 5 minutos.
3. Volvemos a homogeneizar y tomamos una gota de la suspensión para depositarla en un portaobjetos .
4. Realizamos una extensión y dejamos secar al aire y observamos la extensión con el objetivo de 100x.

Los hematíes se habrán teñido de color verde- amarillento y los reticulocitos se diferencian porque presentan en su interior unos hilos finos de color azul.

INTERVALOS DE REFERENCIA: Porcentual = 0.5 a 2% Absolutos = 20,000 a 120,000/mm³.

Se deben contar entre 500 a 1000 hematíes en total en una zona donde éstos no se mezclen , y el cálculo del porcentaje de reticulocitos es el siguiente:

$\% \text{ reticulocitos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de reticulocitos contados}}{\text{N}^\circ \text{ de hematíes contados}} \times 100$

El valor de reticulocitos expresado en tanto por ciento es un valor relativo referido a una cifra normal de hematíes o glóbulos rojos .

5 Discusión-Conclusión

El recuento de reticulocitos es un excelente método indirecto para evaluar la eritropoyesis, ya que cuando hay respuesta eritropoyética, Un valor mayor indica

que la médula ósea tiene un aumento en su producción (hemorragia, hemólisis, respuesta a tratamiento), en tanto que un valor disminuido sugiere una producción mínima, o sea, eritropoyesis ineficaz (anemia aplásica, aplasia pura de serie roja, anemias megaloblásticas) El Índice Reticulocitario o Índice de Producción Reticulocitaria (IPR), suministra una información más fiable sobre la capacidad regenerativa de la médula. La presencia en sangre periférica de eritroblastos significa habitualmente la incorporación de reticulocitos jóvenes que requieren de 2 a 3 días de maduración en sangre periférica y que pueden incrementar falsamente el IR, el que asume que todos los reticulocitos tienen una maduración periférica de un sólo día. Un aumento de reticulocitos puede manifestarse en situaciones no patológicas. Por ejemplo tras una donación de sangre o tras una hemólisis acaecida tras un ejercicio físico muy intenso. También existen fármacos que pueden inducir la aparición de una reticulocitosis, como el ácido acetilsalicílico o la penicilina, y la aparición de una reticulopenia, como el cloranfenicol y el metotrexato.

6 Bibliografía

1. Reticulocitos <https://medineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/conteo-de-reticulocitos/>.
2. Laboratorio de Hematología : Tinción de reticulocitos (laboratoriohematologiadefelipe.blogspot.com).
3. Recuento de reticulocitos: principio, procedimiento, cálculos y significado clínico (microbiologynote.com).

Capítulo 363

LA GRAVEDAD DE LA EPOC Y LA IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

La EPOC, también llamada enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es la tercera causa de muerte a nivel mundial y consiste en una enfermedad pulmonar común que hace que se reduzca el flujo de aire y conlleva problemas respiratorios. También se le nombra como bronquitis crónica o enfisema.

Las personas que padecen esta enfermedad pueden tener dañados u obstruidos los pulmones a causa de la mucosidad que padecen. Los síntomas suelen ser la tos, problemas en la respiración, silbidos y cansancio.

Las causas suelen ser el tabaquismo y la contaminación ambiental. Las personas que padecen EPOC son más propensas a contraer otras enfermedades

Es una enfermedad incurable, pero hay fármacos, vacunas, administración de oxígeno y algunas precauciones que pueden paliar sus síntomas.

Las radiografías simples de tórax siguen siendo la técnica de imagen que más se usa en el estudio de esta enfermedad respiratoria. Sin embargo, la radiografía

simple de tórax es bastante limitada, pero gracias a la Tomografía Computarizada de alta resolución y la tomografía computarizada con multidetectores podemos estudiar más adecuadamente y con más detalle ciertas enfermedades pulmonares como la EPOC, las neumonías, bronquiectasias, tumores mediastínicos, patología aórtica, neumonías intersticiales y embolismo pulmonar.

La relación entre la repercusión de la EPOC y la función cardiaca tiene mucha importancia a nivel clínico.

2 Objetivos

Los principales objetivos son:

- Conocer los factores que causan la EPOC
- Exponer las pruebas diagnósticas que nos ayudan a identificarlo y reconocerlo mejor

Como objetivos secundarios:

- Describir cómo poder evitar adquirir esa enfermedad
- Conocer los medios para poder paliar la enfermedad una vez adquirida

3 Metodología

Para poder redactar este capítulo me he basado en los conocimientos que recoge la página de la organización mundial de la salud (OMS), webs sanitarias basadas en el diagnóstico clínico por imagen y un libro específico de enfermedades pulmonares como la neumología y que también se basa en el diagnóstico por imagen.

4 Resultados

La EPOC o enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad pulmonar que obstruye el flujo de aire y va a causar dificultad al respirar. Vamos a hablar un poco de la bronquitis crónica y el enfisema que son parte de esta enfermedad.

La bronquitis crónica es una inflamación de las vías aéreas que puede causar un exceso de mucosidad y bloquear de esta manera el flujo de aire. Para que esta bronquitis sea crónica debería conllevar una tos que durara 3 meses durante el año a lo largo de dos años.

El enfisema se produce cuando se forman unos agujeros en los pulmones causados por el daño producido en el revestimiento de los sacos de aire. Debido a esto,

el aire se queda en los agujeros, los pulmones van aumentando poco a poco su tamaño y pierden la elasticidad. Todo esto provoca que los pulmones no puedan exhalar completamente y se dificulte la actividad respiratoria.

Los síntomas que incluyen la EPOC son:

- Falta de aire, sobre todo con ejercicio físico
- Habituales infecciones respiratorias
- Sensación de presión en el pecho
- Tos crónica con mucosidad, normalmente
- Sibilancia
- Sensación de falta de energía
- Cianosis
- Pérdida de peso

La causa principal del desarrollo de la EPOC suele ser el consumo de tabaco, aunque también puede influir la contaminación del aire.

Los exámenes diagnósticos que van a ayudarnos a detectar y a localizar la EPOC van a ser la radiografía simple de tórax y la exploración por tomografía computarizada (TAC):

- Radiografía de tórax: con esta prueba podemos confirmar el diagnóstico de la EPOC, sacando imágenes de los pulmones para poder evaluar la falta de aire o la tos crónica. No siempre una radiografía de tórax puede revelarnos la presencia de EPOC, por lo menos hasta que sea grave, pero podremos comprobar con esta, el aumento de tamaño que se ha producido en los pulmones, vesículas (bolsas de aire) o el diafragma aplanado. También podríamos utilizar esta técnica para descartar la EPOC y determinar si otra enfermedad podría estar causando dichos síntomas.
- Adquisición de imágenes por tomografía computarizada del tórax: este tipo de examen nos ayudará a confirmar el diagnóstico de la EPOC o nos desvelará si dicha enfermedad ha empeorado. Va a producir una serie de imágenes del interior de los pulmones. Podremos localizar mejor el enfisema de pulmón y ayudará a identificarlo en una fase menos tardía que con la radiografía simple de tórax. También podremos identificar cambios producidos por la EPOC como el aumento de las arterias en los pulmones. El TAC a veces se usa para medir el grado al que ha llegado el enfisema en los pulmones. En el caso de no padecer de EPOC, podremos determinar si los síntomas son causados por otro tipo de enfermedad

5 Discusión-Conclusión

En este tipo de enfermedad que a tantas personas afecta, pudiendo llegar a causar la muerte, el diagnóstico por imagen no sería la principal prueba para determinar si se padece dicha enfermedad, pero sería imprescindible para llegar hasta el fondo de ella y para así poder tratarla de la mejor manera.

La radiografía simple de tórax sigue siendo la principal prueba diagnóstica utilizada para la EPOC, acompañada de la tomografía computarizada que nos va a aportar mucha más información y más detallada si fuera necesario.

También resultan importantes para poder descartar otras enfermedades que podrían causar síntomas iguales o parecidos a los de la EPOC.

6 Bibliografía

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. EPOC. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/copd>
3. Diagnóstico por imagen de la EPOC. <http://neumologiaysalud.es/wp-content/uploads/2020/11/M7b.pdf>

Capítulo 364

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL BANCO DE SANGRE

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

1 Introducción

La prueba del Coombs Directo (CD) o prueba de la antiglobulina directa se utiliza para detectar anticuerpos unidos a los antígenos de los hematíes; esta reacción antígeno-anticuerpo puede darse por varios motivos:

- Enfermedades autoinmunes: en las que el cuerpo crea anticuerpos contra sus propios antígenos, provocando anemias.
- Anemias inducidas por fármacos: en algunas ocasiones, pueden hacer que los anticuerpos ataquen a los antígenos.
- Incompatibilidades materno-fetales: en las que el neonato puede tener antígenos del padre que no tenga la madre, y esta produzca anticuerpos contra sus antígenos.
- Por transfusiones sanguíneas: cuanto más se haya transfundido al paciente, más riesgo hay de desarrollar anticuerpos, y se realiza el CD para detectar si ya están adheridos a los hematíes.

La realización del Coombs Directo es esencial para el diagnóstico de la anemia hemolítica autoinmune (AHAI), ya que permite:

- Demostrar la cobertura “in vivo” de los glóbulos rojos con globulinas IgG y C3d.
- Caracterizar la subclase de inmunoglobulina y determinar la fijación del complemento.

La anemia hemolítica autoinmune es un tipo de anemia hemolítica adquirida de baja incidencia, producida por anticuerpos que reaccionan contra los propios eritrocitos del paciente conduciendo a su destrucción (2).

El Coombs Directo también es esencial para determinar si hay presencia de anticuerpos IgG, que provienen del suero materno, unidos a la superficie de los eritrocitos del bebé; esto se realiza a todos los recién nacidos para descartar una enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN).

2 Objetivos

- Explicar una de las técnicas de inmunohematología que desarrolla el técnico de laboratorio en el banco de sangre para el estudio de pacientes con enfermedades hemolíticas o que necesitan una transfusión.
- Dar a conocer parte del trabajo del técnico de laboratorio en el banco de sangre.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, procedemos a explicar los materiales necesarios para realizar un Coombs Directo y la titulación, en caso de salir positivo el CD, y los pasos para realizar dichas técnicas.

Materiales:

- Hematíes del paciente de una muestra anticoagulada con EDTA
- Reactivo Antiglobulina Humana poliespecífica (IgG + C3d)
- Suero salino

- Tubos de ensayo
- Pipetas
- Centrifuga
- Gradilla

Técnica:

1. Lavar 2-3 gotas de hematíes 3 veces con suero salino en un tubo.
2. Eliminar el sobrenadante.
3. Hacer una dilución al 5% con suero salino.
4. Depositar una gota de la dilución en un tubo.
5. Añadir dos gotas del reactivo antiglobulina poliespecífica IgG+C3d y mezclar.
6. Centrifugar durante 30 segundos a 3000 rpm y observar resultados.
7. Si no se produce aglutinación, incubar el tubo 5 minutos a temperatura ambiente.
8. Centrifugar y observar resultados de nuevo.
9. Si se observa aglutinación en cualquiera de las dos centrifugaciones, se da por positivo y se realiza el mismo procedimiento con los reactivos monoespecíficos (IgG, C3d, IgM e IgA).

Una vez obtenidos los resultados, en caso de salir positivo, se procede a realizar una titulación con el reactivo que corresponda. Esta técnica se realiza preparando diluciones seriadas con el reactivo para determinar la concentración de inmunoglobulinas fijadas a los hematíes de un modo aproximado.

Materiales:

- Hematíes del paciente de una muestra con EDTA.
- Reactivo que corresponda, poliespecífico o uno de los monoespecíficos.
- Suero salino
- Tubos de ensayo
- Pipetas
- Centrifuga
- Gradilla

Técnica:

1. Lavar 2-3 gotas de hematíes 3 veces con suero salino.
2. Desechar el sobrenadante y hacer una dilución al 5% con suero salino.
3. Colocar en una gradilla varios tubos y rotular cada uno para la dilución (1/1, 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, 1/64... hasta 1/256 como mínimo).
4. Añadir al tubo 1/1 y 1/2 100ul del reactivo.
5. Añadir 100ul de suero salino en todos los tubos menos en el 1/1.
6. Pasar 100ul desde el tubo 1/2 al siguiente y mezclar, e ir pasando de uno a otro la misma cantidad para hacer la dilución del reactivo.

7. Retirar los 100ul sobrantes del último tubo y guardarlos pos si hiciera falta continuar con la titulación.
 8. Añadir una gota de la dilución inicial de hematíes lavados a cada uno de los tubos.
 9. Incubar 5 minutos a temperatura ambiente.
 10. Centrifugar durante 30 segundos a 3000 rpm y observar los resultados en orden para ver hasta qué número sigue observándose la aglutinación.
- Si se sigue observando aglutinación en el último tubo, no se habrá terminado el procedimiento, por lo que hay que seguir con las diluciones a partir de los 100ul sobrantes que se guardaron del último tubo, hasta llegar a un resultado negativo y anotar hasta donde aparece positividad.

5 Discusión-Conclusión

El Coombs Directo es una prueba muy importante que se realiza a diario por los técnicos de laboratorio en el banco de sangre, y es imprescindible para diagnosticar o descartar varias patologías y para completar un estudio del paciente que necesite una transfusión.

- Es positivo cuando se produce aglutinación después de la centrifugación, tanto inmediata como tras la incubación a temperatura ambiente. La intensidad de la positividad puede medirse realizando una titulación.
- Es negativo cuando no se produce aglutinación tras la centrifugación ni la incubación, aunque no siempre significa que los glóbulos rojos no tienen IgG fijadas, ya que algunos pacientes podrían tener AHAI con valores bajos.

La titulación del CD, al ser un resultado semicuantitativo que depende del factor humano, debe realizarse y observarse con mucho cuidado, respetando los tiempos, las temperaturas y la potencia y tiempo de centrifugación, por ello, ante cualquier duda, debe repetirse la prueba desde el principio y observar con detenimiento la forma en la que rompe el “botón” de hematíes.

6 Bibliografía

1. Manual Técnico AABB. 2001. 13ªEdición
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400017
3. Técnicas de Inmunohematología de la Serie Roja. C Martin de la Vega et al. Segunda Edición.
4. <https://www.labtestsonline.es/tests/prueba-de-antiglobulina-directa>

Capítulo 365

ANÁLISIS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO

MOISÉS GAMO PASTOR

1 Introducción

El líquido cefalorraquídeo (LCR) se encuentra en el espacio subaracnoideo, protegido por las membranas piamadre y aracnoides de las meninges. El volumen normal de líquido en adultos es aproximadamente entre 100 y 150 ml en adultos.

Entre sus funciones más características destacan: Amortiguador mecánico ya que protege al cerebro y médula espinal, homeostasis del sistema nervioso, medio que se encarga de nutrir al sistema nervioso central, transporte de nutrientes y metabolitos, eliminación o excreción de metabolitos del sistema nervioso central.

Para la toma de muestra se recomienda recolectar entre 10-20 ml en total de este líquido. El procedimiento es mediante punción lumbar y el orden de recolección de tubos es el siguiente:

-Tubo 1º: El primer tubo que se extraiga se enviará al laboratorio de bioquímica y en caso de demora en su estudio se debe refrigerar a 4 °C.

-Tubo 2º: Este tubo se envía al laboratorio de microbiología y su envío debe ser inmediato. Nunca deberá refrigerarse el tubo. Si no es posible su estudio inmediato se conservará a estufa a 37 °C, con la excepción de que el estudio sea para virus, en cuyo caso, se debe conservar a -70 °C.

-Tubo 3º: Se enviará a hematología para su estudio citodiagnóstico, recuento de células sanguíneas. No usar anticoagulantes como EDTA y fluoruro.

-Tubo 4º: Solo se extrae en casos específicos para el estudio de posibles células malignas.

2 Objetivos

-Analizar los distintos tipos de parámetros que se estudian en el líquido cefalorraquídeo (cantidades normales, tipo de microorganismo, células).

-Explicar que estudios realiza el técnico en los distintos tipos de laboratorios.

-Diferenciar entre los distintos tipos de meningitis que hay para un correcto diagnóstico.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, basado en una investigación documental y una revisión bibliográfica, se han utilizado fuentes de información como artículos, revistas y varios libros, consultando en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, se detalla los diferentes estudios que hace el técnico de laboratorio en los laboratorios de bioquímica, hematología y microbiología.

Dentro del laboratorio de bioquímica, destaca el estudio y análisis de:

PROTEÍNAS: El contenido normal de proteínas en el líquido cefalorraquídeo de una persona adulta se encuentra entre 15 – 60 mg/dl. Las principales proteínas que se encuentran son: albúmina (aproximadamente 15.5 mg/dl), prealbúmina (1.7 mg/dl), transferrina (1.4 mg/dl), inmunoglobulina G (1.2 mg/dl), inmunoglobulina A (0.13 mg/dl) y ceruloplasmina (0.2 mg/dl).

Normalmente, el estudio de proteínas se emplea para evaluar el grado de afección a la barrera hematoencefálica, incrementos en las proteínas indican daño en esta debido a meningitis, hemorragias, diabetes o desórdenes neurológicos.

GLUCOSA: El contenido de glucosa en el líquido es aproximadamente entre 50 – 80 mg/100 ml o aproximadamente el 60% de los niveles plasmáticos. Los aumentos de glucosa se detectan más tarde en líquido cefalorraquídeo que en plasma, por tanto, ante un estudio de glucosa en líquido se debe analizar, en paralelo, la glucosa plasmática, ya que aumentos de glucosa en LCR son debido a un aumento de glucosa en la sangre.

Niveles bajos de glucosa suelen ser debido a meningitis, por lo que es importante realizar estudios en conjunto con el laboratorio hematología y microbiología para realizar un estudio diferencial:

- Meningitis bacteriana: Disminución de glucosa, aumento de leucocitos polimorfonucleares.
- Meningitis tuberculosa: Disminución de glucosa, aumento de linfocitos
- Otros casos de disminución de glucosa: parásitos, tumores, hipoglucemia, carcinomas...
- En caso de que los valores de glucosa sean normales y aumente el de linfocitos, se sospecha de meningitis viral.

LACTATO: Los niveles normales de lactato en LCR son entre 10 – 20 mg/dl. La concentración de lactato, a diferencia de la glucosa, no está relacionado con los niveles plasmáticos.

Los incrementos de lactato en LCR se deben a un metabolismo anaeróbico de la glucosa en el interior debido a hipoxia o una oxigenación deficiente. Algunos ejemplos pueden ser en: infartos cerebrales, daño cerebral, hemorragia intracraneal, tumores, traumatismo, baja presión arterial de oxígeno, meningitis...

La determinación de lactato ayuda a la diferenciación de meningitis bacteriana y vírica.

LACTATO DESHIDROGENASA: Valores normales son aproximadamente de 40 UI/l. Aumenta en las meningitis por destrucción de células cerebrales, leucocitos polimorfonucleares, linfocitos, tumores... En un 90% se encuentra elevado en meningitis bacterianas.

ADENINA DESAMINASA (ADA): Se encuentra elevada mayoritariamente en meningitis tuberculosa.

CLORUROS: Su concentración normal se halla entre 110 a 125 mEq/ml.

Dentro del laboratorio de hematología, se realiza un recuento diferencial de las distintas células que se encuentran en el LCR:

GLÓBULOS ROJOS: Este líquido no contiene glóbulos rojos, se considera un recuento normal de esta célula cuando se encuentra en cantidades entre 0-5.

NEUTRÓFILOS: No deben encontrarse en LCR, se considera normal cuando se encuentran unos valores de entre 0-2%.

LINFOCITOS: Pueden encontrarse en LCR.

MONOCITOS: También pueden encontrarse en líquido cefalorraquídeo.

Dentro de laboratorio de microbiología se estudia la causa de la meningitis, si es un virus, bacteria, hongo, parásito.

MENINGITIS BACTERIANA:

Las principales bacterias que causan meningitis son: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* o meningococo, *Haemophilus influenzae* tipo B o neumococo.

Características de la meningitis bacteriana: las proteínas están aumentadas, la glucosa disminuida, el lactato muy elevado, el lactato deshidrogenasa aumentado, existe un predominio de neutrófilos, eritrocitos disminuidos, presenta aspecto turbio, tinción de Gram positiva.

MENINGITIS VIRAL:

Los principales virus que causan meningitis son: Herpesvirus 1 y 2, Varicela zoster, Virus Poliomiéлитis, Echovirus, Coxsackievirus, Paramixovirus (Rubeola), VIH, Rhabdovirus (Rabia).

Características de la meningitis vírica: Las proteínas están normales, la glucosa está normal, el lactato está normal, existe un predominio de linfocitos mononucleares, los eritrocitos indican encefalitis por virus herpes simple (encefalitis hemorrágica), el aspecto es claro o ligeramente turbio, tinción de Gram negativa.

MENINGITIS TUBERCULOSA:

La meningitis tuberculosa está causada por una micobacteria, la *Mycobacterium tuberculosis*.

Características de la meningitis tuberculosa: El principal factor que indica que una meningitis es tuberculosa es el aumento de adenina desaminasa (ADA), otras

características son: las proteínas aumentan levemente, la glucosa desciende levemente, aumenta el lactato, existe predominio de linfocitos y monocitos.

MENINGITIS FÚNGICAS:

La meningitis fúngica esta causa por: *Cryptococcus neoformans*, *Cándida*, *Histoplasma capsulatum*.

Características de la meningitis fúngica: Las proteínas tienen un aumento leve, la glucosa disminuye, el lactato aumenta levemente, se encuentra principalmente polimorfonucleares.

MENINGITIS PARASITARIA

Causada por amebas principalmente, como la *Acanthamoeba* y la *Naegleria*. Este tipo de meningitis es poco frecuente y suele darse en inmunodeprimidos.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de líquido cefalorraquídeo es una práctica habitual e importante que un técnico de laboratorio debe saber realizar. La principal patología que se encuentra cuando se alteran los niveles de líquido cefalorraquídeo es la meningitis.

Por tanto, es importante, que el técnico de laboratorio sepa las herramientas necesarias y conozca los distintos tipos de parámetros que existen para ayudar al médico a que realice un buen diagnóstico de meningitis y poder diferenciar si es vírica, bacteriana, tuberculosa...

Llevar a cabo una buena analítica es esencial para que, posteriormente, se pueda ayudar al paciente empleando los medicamentos correctos y concretos para cada tipo de microorganismo, de esta manera se ayuda al paciente a una rápida y eficaz recuperación.

6 Bibliografía

1. Requera RM. Interpretación del líquido cefalorraquídeo. An Pediatr Contin. 2014;12. Disponible en: <http://www.neopuertomontt.com/Laboratorio/LCR.pdf>
2. Análisis del líquido cefalorraquídeo. Medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisis-del-liquido-cefalorraquideo/#::text=El%20l%C3%ADquido%20cefalorraqu%C3%ADdeo%20>

20act%C3%BAa%20como,sistema%20nervioso%20central%20funcionando%20bien.

3. Ramos Lizana J, Vázquez López M, De JM, Crespo C, Zanotta Alfieri R, González Vergaz A, et al. Score para el diagnóstico diferencial entre meningitis bacteriana y viral. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-1-9.pdf>

Capítulo 366

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ORTOPANTOMOGRAFÍA

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

1 Introducción

La ortopantomografía, también conocida como radiografía panorámica dental, es una técnica radiográfica utilizada en odontología para obtener una imagen completa y panorámica de los dientes, mandíbula, maxilar y estructuras circundantes en una sola toma. Esta imagen abarca desde el maxilar superior hasta la mandíbula inferior y muestra detalles anatómicos esenciales para el diagnóstico y planificación de tratamientos dentales.

Durante la realización de una ortopantomografía, el paciente se posiciona frente a un equipo de rayos X especializado y muerde sobre una plataforma ajustable. El tubo de rayos X y el detector de imagen giran alrededor de la cabeza del paciente para capturar la imagen panorámica. Esta técnica permite visualizar di-

entes impactados, patologías en los maxilares, problemas en las articulaciones temporomandibulares y la relación entre los dientes y las estructuras óseas.

La ortopantomografía es una herramienta valiosa en la odontología, ya que proporciona una visión completa de la boca en una sola imagen. Esto ahorra tiempo y reduce la necesidad de múltiples radiografías intraorales. Sin embargo, esta técnica tiene algunas limitaciones, como la falta de detalles en áreas específicas y la posibilidad de distorsiones.

Para obtener una ortopantomografía de calidad, es crucial que el paciente siga las instrucciones del técnico para la posición y la mordida correctas. El técnico debe asegurarse de que el equipo esté correctamente calibrado y los parámetros de exposición sean adecuados. Además, tanto el paciente como el personal deben utilizar equipos de protección radiológica para minimizar la exposición a la radiación.

La ortopantomografía es una herramienta esencial en la odontología moderna, permitiendo una visualización panorámica de la boca y las estructuras circundantes. Su capacidad para detectar problemas dentales y óseos amplios la convierte en una técnica valiosa para el diagnóstico y la planificación de tratamientos dentales.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la realización de una ortopantomografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del técnico de rayos en la realización de una ortopantomografía es crucial para garantizar la obtención de imágenes de alta calidad y la seguridad tanto del paciente como del personal. Sus funciones abarcan desde la preparación del equipo hasta la interacción con el paciente y la colaboración con el odontólogo. Aquí se detallan las responsabilidades clave que desempeña el técnico de rayos en este procedimiento:

Preparación del paciente: El técnico debe explicar al paciente el proceso de la ortopantomografía y asegurarse de que esté cómodo y relajado antes del procedimiento. Proporcionar instrucciones claras sobre cómo colocar la cabeza y morder adecuadamente es esencial para obtener una imagen nítida.

Posicionamiento preciso: Asegurar que el paciente esté en la posición correcta es fundamental. El técnico guía al paciente para que se coloque frente al equipo de rayos X y ajuste la posición de la cabeza y la mordida sobre la plataforma de manera precisa.

Alineación del equipo: Configurar el equipo de rayos X correctamente es esencial para obtener una imagen panorámica detallada. El técnico debe asegurarse de que el tubo de rayos X y el detector estén alineados adecuadamente con la anatomía oral del paciente.

Exposición y ajustes de parámetros: Ajustar los parámetros de exposición según las necesidades del paciente y la región a capturar es vital. El técnico debe seleccionar los ajustes adecuados para obtener imágenes de alta calidad sin exponer al paciente a una radiación innecesaria.

Protección radiológica: Tanto el paciente como el técnico deben utilizar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

Colaboración con el odontólogo: Durante la toma de la ortopantomografía, el técnico trabaja en conjunto con el odontólogo para asegurarse de que la imagen capturada muestre adecuadamente la anatomía oral y las estructuras circundantes.

Revisión de la imagen: Después de la toma, el técnico debe verificar la calidad y la nitidez de la imagen obtenida antes de finalizar el procedimiento.

Documentación y registros: Registrar los detalles del procedimiento radiográfico realizado es esencial para el seguimiento y la documentación del historial del

paciente.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la obtención de ortopantomografías de alta calidad. Su habilidad para operar el equipo de manera precisa, interactuar con el paciente y colaborar con el equipo dental garantiza una evaluación diagnóstica efectiva y segura de la salud bucal y las estructuras circundantes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para obtener una ortopantomografía de calidad es asegurarse de que el paciente siga las instrucciones de posición y mordida con precisión. Una colocación adecuada de la cabeza y una mordida firme en la plataforma son esenciales para una imagen nítida y detallada. El técnico debe alinear el equipo de rayos X correctamente y ajustar los parámetros de exposición según las necesidades del paciente y la región a capturar. Además, tanto el paciente como el personal deben utilizar delantales y protectores de plomo para reducir la exposición a la radiación. Siguiendo estas recomendaciones, se obtendrán ortopantomografías de alta calidad que permitirán un diagnóstico preciso y una planificación efectiva de tratamientos dentales.

6 Bibliografía

Vega, J. R. H. (2023). Hospital Aníbal Murillo Escobar.

Capítulo 367

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA DENTAL LATERAL

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

1 Introducción

La radiografía dental lateral, también conocida como radiografía lateral de cráneo o cefalometría lateral, es una técnica de imagenología utilizada en odontología y ortodoncia para evaluar la relación entre las estructuras dentales y óseas en un plano lateral del cráneo. Esta radiografía proporciona información valiosa sobre el crecimiento y desarrollo facial, así como la posición de los dientes y las estructuras de soporte.

Durante la realización de una radiografía dental lateral, el paciente se posiciona de manera que el plano lateral del cráneo esté alineado con el equipo de rayos X. El tubo de rayos X gira alrededor del paciente para capturar la imagen. Esta técnica permite medir ángulos y distancias clave para evaluar la relación de los dientes y las estructuras faciales.

La radiografía dental lateral es esencial en la planificación de tratamientos ortodónticos, ya que proporciona información sobre el crecimiento facial, la posición de los maxilares y la relación de los dientes. También es útil para evaluar problemas como maloclusiones y discrepancias en el crecimiento.

Para obtener una radiografía de calidad, el técnico debe asegurarse de que el paciente esté posicionado adecuadamente y siga las instrucciones de mordida. Los ajustes de exposición deben ser precisos para obtener imágenes claras y detalladas sin exponer al paciente a una radiación innecesaria. La protección radiológica es esencial, por lo que tanto el paciente como el personal deben utilizar delantales y protectores de plomo.

La radiografía dental lateral es una herramienta invaluable en la odontología y la ortodoncia, brindando información esencial para la planificación de tratamientos y la evaluación del crecimiento facial y dental. El técnico de rayos juega un papel fundamental en la obtención de imágenes de alta calidad que permitan un diagnóstico y planificación precisos.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la realización de una radiografía dental lateral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la realización exitosa de una radiografía dental lateral, también conocida como cefalometría lateral. Sus funciones son cruciales para obtener imágenes precisas y de alta calidad, así como para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal involucrado.

Aquí se detallan las responsabilidades clave que desempeña el técnico de rayos en este proceso:

Preparación del paciente: El técnico debe explicar al paciente el procedimiento de la radiografía dental lateral y asegurarse de que esté cómodo y relajado. Proporcionar instrucciones claras sobre cómo posicionarse y mantener la mordida es fundamental para obtener una imagen nítida.

Posicionamiento preciso: Asegurar que el paciente esté en la posición correcta es vital. El técnico guía al paciente para que el plano lateral del cráneo esté alineado con el equipo de rayos X.

Alineación del equipo: Configurar el equipo de rayos X de manera precisa es esencial para obtener una imagen cefalométrica clara y detallada. El tubo de rayos X debe estar correctamente alineado con el cráneo del paciente.

Exposición controlada: Ajustar los parámetros de exposición según las necesidades del paciente y la región a capturar es fundamental. El técnico selecciona los ajustes adecuados para obtener imágenes de alta calidad sin exponer innecesariamente al paciente a la radiación.

Colaboración con el paciente: Durante la toma de la radiografía, el técnico guía al paciente para que mantenga la posición adecuada y siga las instrucciones de mordida.

Protección radiológica: Tanto el paciente como el técnico deben usar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

Revisión de la imagen: Después de la toma, el técnico verifica la calidad y la nitidez de la imagen cefalométrica obtenida antes de finalizar el procedimiento.

Documentación y registros: Registrar los detalles del procedimiento radiográfico realizado es esencial para el seguimiento y la documentación del historial del paciente.

El técnico de rayos desempeña un papel crucial en la obtención de radiografías dentales laterales de alta calidad. Su capacidad para operar el equipo con precisión, interactuar con el paciente y garantizar la seguridad radiológica contribuye directamente al diagnóstico preciso y la planificación efectiva en odontología y ortodoncia.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para obtener una radiografía dental lateral de calidad es asegurarse de que el paciente siga las instrucciones de posición y mordida con precisión. El plano lateral del cráneo debe estar alineado con el equipo de rayos X para obtener una imagen clara y detallada. El técnico debe configurar el equipo de manera precisa y ajustar los parámetros de exposición según las necesidades del paciente y la región a capturar. Tanto el paciente como el personal deben utilizar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación. Siguiendo estas recomendaciones, se obtendrán radiografías dentales laterales de alta calidad que permitirán un diagnóstico preciso y una planificación efectiva en odontología y ortodoncia.

6 Bibliografía

Vega, J. R. H. (2023). Hospital Aníbal Murillo Escobar.

Capítulo 368

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA ÓSEA

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

1 Introducción

La radiografía ósea, también conocida como radiografía de huesos, es una técnica de imagenología médica que permite visualizar los huesos del cuerpo humano. Esta técnica es ampliamente utilizada en la medicina para evaluar la estructura, densidad y estado de los huesos, lo que ayuda en el diagnóstico y seguimiento de diversas afecciones óseas y articulares.

Durante la realización de una radiografía ósea, el paciente se coloca en una posición específica, y se dirige un haz de rayos X a través del cuerpo hacia la región de interés. Los rayos X atraviesan los tejidos blandos y son absorbidos en mayor medida por los huesos, lo que resulta en una imagen en blanco y negro que muestra la anatomía ósea.

Las radiografías óseas son valiosas para detectar fracturas, deformidades, tumores, infecciones y enfermedades óseas como la osteoporosis. También son utilizadas en la planificación de cirugías ortopédicas y en la evaluación del crecimiento óseo en niños.

Para obtener radiografías óseas de calidad, es esencial que el paciente siga las instrucciones de posicionamiento para garantizar que la imagen sea lo más precisa posible. Los ajustes de exposición deben ser adecuados para obtener imágenes claras sin exponer innecesariamente al paciente a la radiación. Además, tanto el paciente como el personal deben utilizar equipos de protección radiológica, como delantales y protectores de plomo.

La radiografía ósea es una herramienta diagnóstica valiosa en la medicina que permite evaluar la salud y la estructura de los huesos. El técnico de rayos desempeña un papel crucial en la obtención de imágenes de alta calidad y en la garantía de la seguridad radiológica, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento efectivos de afecciones óseas y articulares.

2 Objetivos

Describir las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la realización de una radiografía ósea.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos tiene un rol fundamental en la realización de radiografías óseas, ya que su labor garantiza la obtención de imágenes precisas y seguras para el paciente. Sus funciones abarcan desde la preparación del equipo hasta la interacción con el paciente y la colaboración con el médico. Aquí se detallan las responsabilidades clave que desempeña el técnico de rayos en este proceso:

Preparación del paciente: El técnico debe explicar al paciente el procedimiento y asegurarse de que esté cómodo y relajado. Proporcionar instrucciones claras sobre cómo posicionarse y mantener la quietud es esencial para obtener imágenes nítidas.

Posicionamiento preciso: Asegurar que el paciente esté en la posición correcta es crucial. El técnico guía al paciente para que la región de interés esté alineada con el equipo de rayos X.

Alineación del equipo: Configurar el equipo de rayos X adecuadamente es esencial para obtener imágenes óseas claras y detalladas. El técnico debe asegurarse de que el haz de rayos X esté correctamente alineado con la región a capturar.

Exposición controlada: Ajustar los parámetros de exposición según las necesidades del paciente y la región a capturar es vital. El técnico selecciona los ajustes adecuados para obtener imágenes de alta calidad sin exponer al paciente a una radiación innecesaria.

Colaboración con el paciente: Durante la toma de la radiografía, el técnico guía al paciente para que mantenga la posición adecuada y siga las instrucciones para mantener la quietud.

Protección radiológica: Tanto el paciente como el técnico deben usar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

Revisión de la imagen: Después de la toma, el técnico verifica la calidad y la nitidez de la imagen ósea obtenida antes de finalizar el procedimiento.

Documentación y registros: Registrar los detalles del procedimiento radiográfico realizado es esencial para el seguimiento y la documentación del historial del paciente.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la obtención de radiografías óseas de alta calidad. Su capacidad para operar el equipo con precisión, interactuar con el paciente y garantizar la seguridad radiológica contribuye directamente al diagnóstico y tratamiento efectivos de afecciones óseas y articulares en el campo de la medicina.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para obtener una radiografía ósea de calidad es asegurarse de que el paciente siga las instrucciones de posición y mantenga la quietud durante la exposición. El técnico debe configurar el equipo con precisión y ajustar los parámetros de exposición según la región a capturar y las características del paciente. Es fundamental utilizar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación. Siguiendo estas pautas, se obtendrán imágenes óseas claras y detalladas que permitirán un diagnóstico preciso y una evaluación adecuada de la salud ósea. La colaboración entre el técnico y el paciente es esencial para lograr resultados óptimos y garantizar la seguridad durante el procedimiento.

6 Bibliografía

del Carmen Cruz, M. M. E., Flores, R. M. J. G. M., Pérez, M. A. S., Maldonado, M. V. I. M., & Gómez, M. A. N. Z. Dirección de Hospitales.

Capítulo 369

QUÉ ES LA ANEMIA Y TIPOS

MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La disminución de los límites de la hemoglobina y como consecuencia la disminución de los eritrocitos se conoce con el término de anemia. Estos límites suelen ser de 13 mg/dl en los varones y 12 mg/dl en las señoras. Las mujeres, los niños y ciertas poblaciones con problema de malnutrición son algunos de los grupos de vulnerabilidad que pueden presentar anemia.

Puede ser que dicha anemia sea congénita (al nacer) o que se desarrolle a lo largo de nuestra vida (adquirida).

Nos podemos encontrar varios tipos de anemias, entre ellas la más frecuente es la anemia por déficit de hierro.

La clínica de la anemia va a venir determinada por la función que tienen los eritrocitos (glóbulos rojos) en nuestro organismo, causando afección a todos o casi todos los sistemas.

- General: Fatiga o pérdida de peso
- Sistema neurológico: Vértigo, cefaleas, sensibilidad al frío, síncope, etc.
- Sistema respiratorio: Dificultad a la hora de respirar.
- Sistema digestivo: diarrea, náuseas o anorexia.
- Sistema cardiovascular: arritmia, palpitaciones, taquicardias
- Sistema músculo esquelético: fragilidad en los huesos

Un examen físico es lo más recomendado a la hora de evaluar la anemia, entre otras pruebas complementarias. Entre ellas cabe destacar el hemograma completo en el que el paciente procede a sacarse una muestra de sangre total, la lleva al laboratorio de urgencias y allí los técnicos analizan el número de eritrocitos que hay en la sangre.

El tratamiento dependerá del tipo de anemia con el que nos encontremos o estemos estudiando. Puede ser por deficiencia de hierro, déficit de vitaminas, asociada a una enfermedad crónica, asociada a enfermedad por médula ósea, hemolíticas, etc.

Para poder establecer sus posibles causas podemos definir algunas que hacen que el riesgo de padecerla incremente. Entre ellas cabe destacar:

- Dieta que carezca de vitaminas
- Embarazo
- Menstruación
- Padecer trastornos intestinales
- Antecedentes familiares

2 Objetivos

- Identificar las circunstancias o posibles factores que inciden simultáneamente en la anemia.
- Conocer la sintomatología y su posible tratamiento para un mayor conocimiento y prestar una atención mejor a los pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha procedido a una investigación consistente en una revisión bibliográfica de literatura científica. Se ha buscado y consultado libros y artículos de algunas bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo con la selección de artículos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Hay dos maneras de clasificar la anemia:

1. Clasificación fisiopatológica: las clasifica en función del índice de reticulocitos. Entre las que cabe destacar. a) Anemias arregenerativas: la médula ósea es incapaz de sintetizar eritrocitos b) Anemias regenerativas: Hay un posible o ligero aumento de eritrocitos
2. Clasificación Morfológica: Es la que más se usa por su gran interés en la práctica. Se tienen en cuenta los siguientes índices eritrocitarios: VCM (volumen corpuscular medio), HCM (hemoglobina corpuscular media) y CHCM (hemoglobina corpuscular media de la hemoglobina). a) VCM Y HCM disminuidos (microcíticas

e hipocrómicas): En este apartado nos encontramos anemia por déficit de hierro, sideroblásticas y talasemia. La anemia por déficit de hierro es la más común, ya que el hierro se trata de un componente esencial en muchas proteínas y enzimas de nuestro organismo. b) VCM Y HCM normales (normocíticas normocrómicas): anemia por pérdida severa de sangre, por enfermedades crónicas y hemolíticas. c) VCM elevada (macrocíticas): anemias megaloblásticas, hepatopatías y alcoholismo.

Hay personas que no suelen presentar síntomas, por lo que se considera que la anemia es leve o moderada. Por el contrario, si la anemia empeora con el tiempo, es muy posible que los padezca.

Con el paso de los años la anemia ha estado considerada como un problema de salud pública y su incidencia o prevalencia ha ido aumentando. Si se conociese la complejidad, podríamos establecer estrategias para así poder lograr un progreso o avance en su estudio. Hay millones de personas, ya sean mujeres o niños, que padecen de anemia. El déficit nutricional ha sido considerado como la causa principal, afectando a un 35 % en mujeres no embarazadas, 45% en embarazadas y un 50 % en niños.

Sería muy importante conocer cómo y porque se desarrolla este tipo de enfermedad, así como saber cuáles son sus posibles factores de riesgo para prevenir su desarrollo.

Actualmente, la mayor parte de las anemias tienen un buen pronóstico. Son fáciles de corregir a no ser que se traten de fallos producidos en la médula ósea. Pero hoy en día con la medicina actual nos intenta ofrecer grandes remedios para mejorarla.

5 Discusión-Conclusión

Las anemias son unas enfermedades muy frecuentes a nivel global y pueden producir consecuencias graves para el ser humano. De todas las anemias, la anemia ferropénica es una de las más habituales. En la mayoría de los casos la anemia viene dada por la deficiencia nutricional del hierro, vitamina B12, ácido fólico, etc. lo cual se puede tratar con la administración de ciertos medicamentos. Actualmente, la anemia es diagnóstico muy importante para todas las personas, en general para las personas mayores que son más vulnerables. Para corregir en la medida de lo posible la anemia es importante conocer sus causas para prevenir un resultado satisfactorio y así dar un diagnóstico favorable u sus posibles tratamientos.

6 Bibliografía

1. <https://medineplus.gov>
2. <https://wikipedia.org>
3. www.mayoclinic.org
4. Técnicas y métodos de Laboratorios Clínicos . José Manuel González de Buitrago. 2º Edición

Capítulo 370

TÉCNICAS DE RADIOLOGÍA SIMPLE POR EL TÉCNICO DE RAYOS

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

1 Introducción

La radiología simple, también conocida como radiografía convencional o rayos X, es una técnica de imagen médica fundamental que se utiliza para obtener imágenes bidimensionales del interior del cuerpo humano. Esta técnica se basa en la capacidad de los rayos X para atravesar los tejidos blandos y ser absorbidos en diferentes grados por los huesos, lo que permite crear imágenes que representan la densidad de los tejidos.

El proceso de radiología simple implica que el paciente sea expuesto a una pequeña cantidad de radiación ionizante de manera controlada. El equipo de rayos X consta de una fuente de radiación y un detector de rayos X. La fuente emite una cantidad específica de radiación que pasa a través del área del cuerpo que se está examinando y llega al detector. La información recopilada se convierte

en una imagen radiográfica que los médicos utilizan para diagnosticar una amplia variedad de afecciones médicas, desde fracturas óseas hasta enfermedades pulmonares y problemas dentales.

La radiología simple es una herramienta valiosa en medicina debido a su rapidez y accesibilidad. Sin embargo, es esencial utilizarla con responsabilidad y aplicar medidas de protección radiológica para minimizar la exposición innecesaria a la radiación. A pesar de sus limitaciones en comparación con técnicas de imagen más avanzadas, como la resonancia magnética y la tomografía computarizada, la radiología simple sigue siendo un pilar fundamental en el diagnóstico y el seguimiento de numerosas condiciones médicas. Su versatilidad y eficacia la convierten en una herramienta esencial en la atención médica moderna.

2 Objetivos

Explicar las funciones del técnico de rayos en la radiología simple.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como radiólogo o tecnólogo en radiología, desempeña un papel crucial en la realización de técnicas de radiología simple. Sus funciones abarcan diversas etapas del proceso para garantizar la obtención de imágenes de alta calidad y la seguridad del paciente. Aquí se detallan sus principales responsabilidades:

Preparación del paciente: El técnico de rayos debe explicar el procedimiento al paciente y garantizar su colaboración. También es responsable de posicionar al paciente adecuadamente en la mesa de examen y asegurarse de que esté cómodo y en la posición correcta para obtener las imágenes necesarias.

Ajuste de parámetros: Configurar el equipo de rayos X es esencial. Esto incluye la selección de la energía y el tiempo de exposición adecuados, así como la elección de las técnicas de imagen apropiadas para el área del cuerpo que se va a examinar. Estos ajustes deben ser precisos para obtener imágenes de calidad y reducir la exposición innecesaria a la radiación.

Protección radiológica: La seguridad del paciente y del personal es una prioridad. El técnico de rayos debe utilizar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación. Además, debe asegurarse de que el área circundante esté claramente señalizada y que cualquier persona no esencial esté fuera de la sala durante el procedimiento.

Calidad de la imagen: Durante la exposición, el técnico de rayos debe asegurarse de que el paciente se mantenga inmóvil para evitar imágenes borrosas o repetidas. También debe verificar la calidad de las imágenes obtenidas para determinar si se requieren repeticiones.

Documentación y registro: Es fundamental llevar un registro detallado de cada procedimiento, incluyendo la dosis de radiación administrada y cualquier observación relevante. Esto es esencial para el seguimiento y la evaluación de dosis acumuladas.

Comunicación: El técnico de rayos debe interactuar con el equipo médico y colaborar en la toma de decisiones clínicas. También debe brindar apoyo y educación al paciente, explicando los procedimientos y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones.

Mantenimiento del equipo: Es responsabilidad del técnico de rayos asegurarse de que el equipo de rayos X esté en condiciones óptimas de funcionamiento. Esto implica realizar un mantenimiento regular y comunicar cualquier problema técnico para garantizar la calidad de las imágenes.

El técnico de rayos desempeña un papel multifacético en las técnicas de radiología simple, desde la preparación del paciente y la configuración del equipo hasta la protección radiológica y la obtención de imágenes de calidad. Su competencia y atención meticulosa son esenciales para el éxito de los procedimientos radiológicos y la seguridad de los pacientes y el personal médico.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos para la realización de una radiografía simple es la precisión en cada etapa del proceso. Esto incluye una preparación meticulosa del paciente, asegurando su comodidad y colaboración, así como la posición correcta para obtener imágenes claras. Ajustar con precisión los parámetros del equipo de rayos X es esencial para garantizar una dosis de radiación adecuada y una calidad de imagen óptima.

La protección radiológica debe ser una prioridad constante, utilizando delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación, tanto para el paciente como para el personal. Además, la comunicación efectiva con el paciente, explicando el procedimiento y brindando apoyo, contribuye a un ambiente de trabajo seguro y a la obtención de imágenes de calidad.

En resumen, la clave para una radiografía simple exitosa reside en la precisión en la preparación del paciente, la configuración del equipo, la protección radiológica y la comunicación efectiva. Estas medidas aseguran la obtención de imágenes diagnósticas precisas mientras se minimiza la exposición a la radiación y se garantiza el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

Rodriguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 371

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOLOGÍA ESPECIAL

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

1 Introducción

La radiología especial es una rama de la medicina de diagnóstico por imágenes que se centra en técnicas de imagen más avanzadas y especializadas para visualizar áreas específicas del cuerpo con mayor detalle que las radiografías simples. Estas técnicas se utilizan para diagnosticar y evaluar una amplia variedad de condiciones médicas. Algunas de las modalidades más comunes en la radiología especial incluyen la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM), la ecografía, la fluoroscopia y la medicina nuclear.

La tomografía computarizada (TC) utiliza una serie de imágenes transversales para crear una representación tridimensional del área de interés. Es especialmente útil para detectar tumores, lesiones óseas, enfermedades pulmonares y abdominales, y evaluar trastornos vasculares.

La resonancia magnética (RM) utiliza campos magnéticos y ondas de radio para producir imágenes detalladas de tejidos blandos, articulaciones y órganos internos. Es esencial para la detección temprana de enfermedades neurológicas, musculoesqueléticas y cardiovasculares.

La ecografía utiliza ondas de sonido para crear imágenes en tiempo real de estructuras internas, siendo invaluable en el seguimiento de embarazos y para evaluar órganos como el corazón, el hígado y la tiroides.

La fluoroscopia implica la visualización en tiempo real de estructuras anatómicas en movimiento, a menudo utilizada para estudios gastrointestinales y procedimientos guiados por imagen.

La medicina nuclear involucra la administración de trazadores radiactivos que se acumulan en tejidos u órganos específicos, permitiendo la detección temprana de enfermedades como el cáncer y trastornos tiroideos.

La radiología especial abarca una variedad de modalidades de imagen avanzadas y especializadas que desempeñan un papel esencial en el diagnóstico y seguimiento de una amplia gama de condiciones médicas, mejorando significativamente la atención médica y la precisión diagnóstica.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la radiología especial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos en radiología especial tiene un papel fundamental en la obtención de imágenes de alta calidad y en la seguridad del paciente durante pro-

cedimientos avanzados de diagnóstico por imágenes. Aquí se describen sus principales funciones:

Preparación del paciente: El técnico debe asegurarse de que el paciente esté bien informado sobre el procedimiento a realizar y debe responder a sus preguntas y preocupaciones. Preparar al paciente físicamente, ubicándolo en la posición adecuada y en algunos casos administrando contrastes orales o intravenosos según las indicaciones médicas.

Configuración del equipo: Ajustar y calibrar los equipos de radiología especial, como la tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) o ecografía, es esencial. Esto incluye seleccionar los parámetros de imagen adecuados y garantizar que el equipo esté funcionando de manera óptima.

Seguridad radiológica: Mantener la seguridad del paciente es primordial. Esto implica utilizar delantales de plomo y protectores de tiroides cuando sea necesario, y minimizar la dosis de radiación mientras se obtienen imágenes de alta calidad. Además, se deben tomar medidas para reducir la exposición del personal médico y técnico.

Posicionamiento preciso: Posicionar al paciente de manera precisa y cómoda para obtener imágenes diagnósticas óptimas. En la resonancia magnética, esto incluye asegurarse de que el paciente permanezca inmóvil durante el escaneo para evitar artefactos en las imágenes.

Administración de contraste: En algunos procedimientos, como la TC o la angiografía, se requiere la administración de agentes de contraste para mejorar la visualización de ciertas estructuras. El técnico debe administrar estos contrastes de manera segura y estar preparado para manejar cualquier reacción adversa.

Documentación y registro: Mantener registros precisos de cada procedimiento, incluyendo la cantidad de contraste administrado, los parámetros utilizados y cualquier observación relevante. Esta documentación es esencial para el seguimiento y la evaluación de dosis acumuladas.

Colaboración con el equipo médico: Comunicarse efectivamente con los médicos y otros profesionales de la salud es esencial para garantizar que el procedimiento se realice de manera eficiente y se obtengan los resultados necesarios para un diagnóstico preciso.

En resumen, el técnico de rayos en radiología especial desempeña un papel esen-

cial en cada etapa del proceso de diagnóstico por imágenes. Su responsabilidad es garantizar que los procedimientos se realicen con precisión, seguridad y el mínimo de exposición a la radiación, contribuyendo así al diagnóstico y tratamiento efectivo de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos en radiología especial es la precisión. Desde la preparación del paciente hasta la configuración del equipo y la administración de contrastes, cada detalle debe manejarse con precisión. Además, la seguridad radiológica debe ser una prioridad constante, minimizando la exposición a la radiación para el paciente y el personal médico. La comunicación efectiva con el equipo médico y el paciente también es esencial, asegurando que se cumplan las indicaciones y se obtengan los resultados necesarios. En resumen, la clave para el éxito en la radiología especial radica en la precisión y la atención meticulosa en cada paso del proceso, garantizando la obtención de imágenes de alta calidad y la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

Rodriguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 372

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA

CORAL ROMERAL VERA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

LAURA GARCÍA OLANO

1 Introducción

La tomografía computarizada (TC) es una técnica avanzada de diagnóstico por imágenes que combina rayos X y tecnología informática para obtener imágenes detalladas y tridimensionales del interior del cuerpo humano. Su funcionamiento se basa en la adquisición de múltiples imágenes transversales a través del cuerpo y su reconstrucción computarizada en cortes transversales, lo que permite visualizar con gran precisión órganos, tejidos, huesos y otras estructuras.

La TC es ampliamente utilizada en medicina para el diagnóstico y seguimiento de diversas condiciones médicas. Permite detectar tumores, lesiones traumáticas, enfermedades cardíacas, trastornos pulmonares y abdominales, así como evaluar vasos sanguíneos y guiar procedimientos médicos. También es útil en el seguimiento de tratamientos y cirugías.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la TC implica una exposición a radiación ionizante, por lo que debe utilizarse con responsabilidad y solo cuando sea necesario. Se aplican medidas de protección radiológica para minimizar la dosis de radiación y se seleccionan técnicas de imagen específicas según el propósito clínico.

La tomografía computarizada es una técnica avanzada y versátil que desempeña un papel crucial en el diagnóstico médico al proporcionar imágenes detalladas y tridimensionales del interior del cuerpo. Su uso adecuado y la atención a las consideraciones de protección radiológica son esenciales para garantizar un diagnóstico preciso y seguro.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la tomografía computarizada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos en la realización de la tomografía computarizada (TC) desempeña un papel crucial para garantizar que el procedimiento se realice de manera efectiva, segura y precisa. Aquí se describen sus funciones clave:

Preparación del paciente: El técnico debe recibir al paciente, explicar el procedimiento y responder a sus preguntas y preocupaciones. Asegura que el paciente esté cómodo y coloca al paciente en la posición correcta en la mesa de exploración. Esto puede incluir la colocación de dispositivos de soporte, como almohadas, para garantizar una posición adecuada.

Configuración del equipo: Antes del escaneo, el técnico debe configurar y calibrar

el equipo de TC. Esto incluye la selección de los parámetros apropiados, como la energía de los rayos X y la velocidad de adquisición de imágenes, para obtener imágenes de alta calidad.

Colaboración con el equipo médico: El técnico trabaja en estrecha colaboración con el radiólogo y otros profesionales de la salud para definir el área de interés y el tipo de imágenes requeridas. También asiste al radiólogo durante el procedimiento, siguiendo sus instrucciones para garantizar que se capturen las imágenes necesarias.

Protección radiológica: La seguridad es una prioridad. El técnico se asegura de que tanto el paciente como el personal estén protegidos de la radiación. Esto incluye el uso de delantales y protectores de plomo y la minimización de la dosis de radiación administrada, ajustando la configuración según sea necesario.

Posicionamiento preciso: El técnico debe posicionar al paciente de manera precisa y reproducible para obtener imágenes diagnósticas óptimas. Esto puede implicar el uso de dispositivos de fijación o marcadores de referencia.

Seguimiento del paciente: Durante el escaneo, el técnico vigila al paciente a través de un sistema de comunicación bidireccional. Está preparado para responder a cualquier necesidad o malestar que el paciente pueda experimentar durante el procedimiento.

Documentación y registro: Lleva un registro detallado de cada procedimiento, incluyendo la dosis de radiación administrada, los parámetros utilizados y cualquier observación relevante. Esta documentación es esencial para el seguimiento y la evaluación de dosis acumuladas.

Mantenimiento del equipo: Es responsabilidad del técnico asegurarse de que el equipo de TC esté en condiciones óptimas de funcionamiento. Realiza un mantenimiento regular y comunica cualquier problema técnico para garantizar la calidad de las imágenes.

El técnico de rayos en la TC juega un papel esencial en cada etapa del procedimiento, desde la preparación del paciente hasta la adquisición de imágenes y la protección radiológica. Su competencia y atención meticulosa son cruciales para garantizar que se obtengan imágenes de alta calidad y que el paciente reciba atención segura y efectiva.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico en rayos para la realización de una tomografía computarizada (TC) es garantizar una comunicación efectiva con el paciente y el equipo médico. Es esencial explicar claramente el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y preocupaciones, y asegurarse de que comprenda la importancia de seguir las indicaciones, como permanecer inmóvil durante el escaneo. La colaboración fluida con el equipo médico, incluyendo radiólogos y tecnólogos en TC, es igualmente crucial para coordinar el procedimiento de manera eficiente y obtener imágenes diagnósticas de alta calidad.

Además, se debe prestar atención meticulosa a la protección radiológica tanto del paciente como del personal. Esto incluye el uso adecuado de delantales de plomo y otros protectores para minimizar la exposición a la radiación, y la configuración precisa de los parámetros de TC para obtener una dosis de radiación óptima. En resumen, la comunicación efectiva y la atención a la protección radiológica son clave para el éxito de una TC, garantizando un procedimiento seguro y de calidad para el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

Rodriguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 373

TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA DENTRO DEL BIOBANCO

SARA VIOLERO CAÑAS

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

1 Introducción

Según la Ley de Investigación Biomédica (Ley 14/2007 de 3 de Julio) se puede definir un biobanco como un establecimiento público o privado, sin ánimo de lucro, que acoge una colección de muestras biológicas con fines diagnósticos o de investigación biomédica y organizado con criterios de calidad, orden y destino. Por lo tanto, los biobancos permiten la creación de una plataforma de apoyo a la investigación.

Su finalidad es potenciar estudios acerca de los mecanismos básicos de múltiples enfermedades, lo que permitirá investigar terapias más eficaces contra ellas y reducir su mortalidad.

La estructura de los biobancos en España depende, en su mayoría, de organismos públicos y generalmente las infraestructuras de los bancos de muestras están adscritas a centros médicos o universidades.

Los tipos de muestras que almacena un biobanco pueden ser muy variadas, pero destacan las siguientes: muestras sólidas tumorales, tejido neurológico, colección de fluidos (sangre, plasma, orina, suero), ADN, ARN, banco de huesos, ojos, etc. Los biobancos hospitalarios albergan todo tipo de muestras recogidas en el hospital al que están vinculados, es habitual que se posean colecciones distintas. El técnico en anatomía patológica puede llevar a cabo múltiples tareas a la hora de desempeñar su labor en un biobanco: colección en laboratorio, procesado de casos, almacenamiento, recepción del pedido, procesado del tejido, cesión de muestras, etc. (1).

2 Objetivos

- Dar a conocer e indicar la importancia y funciones del técnico en anatomía patológica en el biobanco en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo, se ha procedido a una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre publicaciones existentes. Se ha realizado una búsqueda de libros, artículos, revistas en algunas bases de datos como PubMed, Medline, Scielo y Google académico, seleccionando información procedente de documentos científicos revisados.

4 Resultados

La finalidad del biobanco es permitir la utilización de las muestras biológicas almacenadas, es por ello que el técnico en anatomía patológica debe registrar y conservar de forma adecuada todas las muestras que llegan (tanto en parafina como congeladas) después de su obtención.

Los biobancos pueden contener, entre otras y según su finalidad, muestras biológicas de pacientes con una determinada enfermedad, recoger muestras de amplias poblaciones, o ser recogidas para un determinado tipo de estudio en diferentes patologías. Es por ello que el técnico debe tener en cuenta que toda muestra almacenada en el biobanco debe tener su consentimiento firmado (tanto por el paciente, que de forma altruista cede parte de tejido u órgano suyo, como por el personal del biobanco) En todo caso, la característica común es que las muestras se almacenan para poder realizar estudios en el futuro.

Es importante tener controlada la programación de quirófanos en el caso de que se trabaje en un ámbito hospitalario, ya que es recomendable antes de la intervención, acudir para hablar con el personal que se va a desempeñar la operación y recordarles que envíen la muestra para biobanco.

En el caso concreto del banco de tejidos neurológicos, el técnico realiza tareas como apertura de calota mediante sierra eléctrica, como corte en columna vertebral, para disección de médula espinal, entre otras funciones en las que debe haber recibido formación, ya que es una labor de cierta complejidad. (2).

También requiere el técnico que realice funciones de auxiliar administrativo en momento de su jornada laboral, puesto que documentación que hay que llevar al día y pendiente de que otros centros manden las correspondientes solicitudes bien cumplimentadas es una labor tediosa y que requiere mucho tiempo que emplear.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia del papel del técnico que trabaja en un biobanco, quien tendrá la habilidad de solucionar inconvenientes de forma rápida y controlada, ya que hay momentos en los que surgen prisas por hacer cualquier tipo de desempeño como el envío de membrana amniótica a otro centro hospitalario con urgencia y preparar tanto embalaje como condiciones idóneas de refrigeración.

Actualmente, en la mayoría de los casos, las condiciones de trabajo no son las adecuadas, puesto que los contratos laborales de técnico son de corta duración y suele instaurarse cierta incertidumbre sobre si continuar o no en su puesto.

Al ser tan multidisciplinar, es necesario estar pendiente de hacer muchas tareas. Es un puesto que requiere concentración, determinación y también don de gente porque se trata con personas que son necesarias para que un biobanco sea de total provecho, ya sean cirujanos, residentes, familiares, administrativos, celadores, etc.

6 Bibliografía

1. Modelo de análisis de costes para biobancos [Internet] [citado año 2012]. Disponible en: <https://redbiobancos.es/wp-content/uploads/modelo-analisiscostes-biobancos.pdf>.
2. Estudios a partir de muestras biológicas almacenadas en biobancos [Internet] [citado año 2010]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ines-Galende/publication/281291415_Galende_Dominguez_I_

Estudios_a_partir_de_muestras_biologicas_almacenadas_en_biobancos/.

3. Biobanca: strumentazione, personale e analisi dei costi [Internet] [citado año 2008]. Disponible en: <http://www.tissuebank.it/publicazioni/barbareschi1.pdf>.

Capítulo 374

LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

SARA VIOLERO CAÑAS

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

1 Introducción

La citología es un estudio de células individuales, cuyo propósito es identificar anomalías morfológicas de las células analizadas, resultantes de la exfoliación de la superficie epitelial, fluidos corporales u obtenidas por aspiración con aguja. La citología ginecológica examina las células cervicales exfoliadas y ha sido durante muchos años el principal método de detección del cáncer de cuello uterino, ampliamente reconocido en los programas de control y prevención del cáncer como una prueba para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino. Una prueba de Papanicolaou, también conocida como prueba de Papanicolaou, es una prueba que se realiza durante un examen ginecológico anual. Esta es una prueba que todas las mujeres deben pasar para detectar y prevenir enfermedades.

La citología es una prueba que se utiliza para diagnosticar lesiones precancerosas o cancerosas del cuello uterino e identificar infecciones que pueden ser causadas por bacterias, hongos o virus como el virus del papiloma humano (VPH), una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. La citología es una prueba indolora y muy sencilla que dura 5 minutos y suele formar parte de un examen ginecológico. La citología ginecológica es una de las principales pruebas en la prevención del cáncer de cuello uterino porque permite detectar oportunamente anomalías del cuello uterino, diagnosticando así este tipo de cáncer en estadios tempranos.

2 Objetivos

- Exponer la importancia que tiene hoy en día realizarse revisiones ginecológicas cada cierto tiempo.
- Explicar en qué consiste el procedimiento que se lleva a cabo en el laboratorio de Anatomía Patológica, para llegar a tener el resultado de la citología ginecológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Después de que se realiza la prueba de frotis cervical durante la consulta con el ginecólogo, se aplicará un fijador llamado Citospray en el portaobjetos de muestra. Esto es para mantener los detalles morfológicos de las células lo más cerca posible de las células del tejido vivo. Esta muestra debe estar correctamente identificada con los datos del paciente (nombre, número de historial...), entonces el formulario debe ser enviado a laboratorio de patología. El laboratorio prepara la muestra y realiza la tinción citológica, que incluye los siguientes pasos:

- El primer paso es registrar la muestra, marcarla con el número correspondiente y sumergirla varias veces en alcohol al 96% antes de teñirla. - Sumergir en alcohol 80%, alcohol 70%, alcohol 50% y agua por turnos durante 1 minuto por cada

líquido. - Punto con solución de hematoxilina de Harris durante unos 5 minutos. - Sumergir en agua 6 veces en 1 segundo. - Sumergir en solución de ácido clorhídrico al 0,5% 8 veces durante 1 segundo. - Enjuagar con agua corriente durante 5 minutos y someter la muestra a alcohol de los siguientes grados: 50%, 70%, 80% y 96% durante 30 segundos cada uno. - Aplicar la solución de Papanicolaou OG 6 durante 1-1,5 minutos. - Lave el exceso de tinte en dos baños con etanol al 96%, remoje la composición dos veces, cada vez durante 3-4 segundos. - Puntear con Papanicolaou EA 50 durante 1,5-2 minutos. - Enjuague en 3 recipientes diferentes con etanol al 96% y remoje la preparación 2 veces en cada tanque durante unos 3-4 segundos. Enjuague en etanol absoluto durante 30 segundos. - Sumergir la preparación durante 4 minutos en un baño con xileno, una mezcla de isómeros y etanol absoluto (1:1). - Lavar con xileno, mezcla de isómeros, sumergir la preparación en el baño durante 3 minutos. - Montaje con medio de montaje. - Observación al microscopio

El resultado de la prueba de Papanicolaou mostrará uno de los siguientes resultados:

- Citología normal: las células analizadas son normales. No había signos de células atípicas. - ASCUS: existen células atípicas, pero no se ha determinado su significado. Te recomendamos completar la investigación y, si es necesario, aplicar el tratamiento, ya que estas células pueden ser secundarias a diferentes procesos. Esto sucede con afecciones infecciosas e inflamatorias del cuello uterino, virus del papiloma humano (VPH), lesiones precancerosas y más. Incluso si se resuelve solo o durante el tratamiento, se debe continuar con el control citológico. - CIN o displasia cervical: las células atípicas con lesiones precancerosas pueden ser de dos tipos:

Displasia CIN o LSIL de bajo grado: con menor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. Displasia CIN o HSIL de alto grado: existe un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cuello uterino sigue siendo uno de los cánceres más comunes en las mujeres. Este estudio proporciona información importante para la toma de decisiones y la implementación de nuevas medidas o estrategias que se están desarrollando para reducir la mortalidad por este tipo de cáncer. Actualmente, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido significativamente con el uso creciente de pruebas de citología cervical. Esta prueba puede detectar cambios en el cuello uterino antes de que se desarrolle el cáncer. También puede

detectar el cáncer de cuello uterino en forma temprana cuando es pequeño y más fácil de tratar. En los últimos años, la prueba del VPH ha sido aprobada como otra prueba de detección del cáncer de cuello uterino, ya que casi todos los casos son causados por el VPH. La prueba de VPH está diseñada para detectar infecciones con tipos de VPH de alto riesgo que tienen más probabilidades de convertirse en cáncer y afecciones precancerosas de cuello uterino. La prueba de VPH se puede usar sola (prueba primaria de VPH) o junto con la prueba de Papanicolaou (prueba general).

6 Bibliografía

1. Schulte, E. K. W. (1 de febrero de 1991). «Standardization of biological dyes and stains: pitfalls and possibilities». *Histochemistry* (en inglés) 95 (4): 319-328. ISSN 1432-119X. doi:10.1007/BF00266958.
2. Gill, Gary W. (2013). Gill, Gary W., ed. *Cytopreparation: Principles & Practice. Essentials in Cytopathology* (en inglés). Springer. pp. 143-189. ISBN 978-1-4614-4933-1. doi:10.1007/978-1-4614-4933-1_10.
3. Chantziantoniou, Nikolaos; Donnelly, Amber D.; Mukherjee, Maheswari; Boon, Mathilde E.; Austin, R. Marshall (2017). «Inception and Development of the Papanicolaou Stain Method». *Acta Cytologica* (en inglés) 61 (4-5): 266-280. ISSN 0001-5547. PMID 28384641. doi:10.1159/000457827.
4. Kumar, Vinay, 1944-; Abbas, Abul K.; Aster, Jon C.; Robbins, Stanley L. (Stanley Leonard), 1915-2003. (2013). *Robbins basic pathology* (9th ed edición). Elsevier/Saunders. p. 910. ISBN 1-4377-1781-0. OCLC 759916378.
5. Carleton, H. M. (Harry Montgomerie); Wallington, E. A. (1980). *Carleton's Histological technique*. (5th ed. edición). Oxford University Press. p. 520. ISBN 0-19-261310-3. OCLC 6194502.

Capítulo 375

RESPUESTA CELULAR A LA LESIÓN. ÁMBITO DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

SARA VIOLERO CAÑAS

1 Introducción

El entorno celular está constantemente cambiando y como consecuencia las células deben realizar continuos ajustes para acomodarse a estos cambios. La célula tiene una gran capacidad de adaptación a su entorno y es capaz de responder a los cambios en los entornos internos y externos con alteraciones tanto estructurales como de la función celular. Por ejemplo, las células del tejido adiposo responden a un aumento de la ingesta aumentando su síntesis de almacenamiento graso, esto se refleja en un aumento de tamaño de los adipocitos debido a la presencia de triglicéridos en el citoplasma. Otro ejemplo fisiológico de adaptación celular se ve en el epitelio uterino, bajo la influencia de las hormonas, este epitelio experimenta cambios cíclicos durante el ciclo menstrual, los cuales afectan tanto a los cambios morfológicos como de la función.

Otros ejemplos de adaptación son:

Las fibras musculares esqueléticas incrementan su tamaño como respuesta al aumento del trabajo, como se ve en los atletas, este sería un ejemplo de hipertrofia fisiológica. De manera parecida las fibras del músculo cardíaco sufren una hipertrofia como respuesta al aumento del trabajo producido cuando el orificio de la válvula aórtica está estrechado como resultado de una enfermedad, este sería un ejemplo de hipertrofia patológica.

En el presente capítulo expondremos las diferentes respuestas de adaptación celular a la lesión.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes respuestas de adaptación celular a la sesión.
- Definir el fracaso de la adaptación celular.
- Diferenciar entre inflamación aguda y crónica y sus posibles secuelas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Estos procesos de adaptación incluyen:

Actividad celular aumentada:

- 1- Aumento de la célula - hipertrofia
- 2- Aumento del número celular - hiperplasia
- 3- Inducción enzimática o metabólica

Disminución de la actividad celular:

- 1- Disminución del tamaño celular - Atrofia celular.
- 2- Disminución del número celular - Atrofia tisular o del órgano.
- 3- Disminución de la función metabólica celular.

Cambio en la morfología y la función de la célula madura:

1- La modificación y transformación de una célula tipo sigue a los cambios del medio.

Fracaso de la adaptación celular:

Las células que son intrínsecamente incapaces de adaptarse o que han alcanzado su límite de adaptabilidad empiezan a mostrar cambios estructurales que indican el fracaso para soportar los cambios del medio. Por ejemplo las células susceptibles que se han expuesto a hipoxia prolongada empiezan a mostrar cambios citoplasmáticos como una manifestación del fracaso de sus organelas. Otras células pueden responder a la hipoxia o a la acumulación de toxinas con un fallo en el metabolismo normal de los ácidos grasos.

Las células hepáticas, musculares cardíacas y las del epitelio tubular renal son muy sensibles a estos cambios.

Si las condiciones adversas persisten o el estímulo patógeno fue severo, estos procesos pueden progresar y desencadenar la muerte celular o necrosis celular.

Una de las consecuencias más precoces es una pérdida de la eficacia en la bomba de sodio, lo que permite un ingreso de iones de sodio y agua produciendo tumefacción celular.

Inflamación aguda y secuelas:

La serie inicial de procesos que sigue a la causa de la lesión tisular se describe como Inflamación Aguda y está dirigida a neutralizar los agentes lesionantes y a la restauración de la función tisular útil.

Los hechos característicos de la Inflamación aguda son la formación de exudado inflamatorio que tiene 3 componentes:

- Fibrina.
- Suero.
- Leucocitos, especialmente neutrófilos.

La función del exudado inflamatorio afecta a tres fenómenos vasculares.

1. Dilatación de los vasos sanguíneos locales, lo que conduce a una congestión sanguínea, hiperhemia.
2. Incremento de la permeabilidad capilar, lo que permite a las proteínas plasmáticas pasar a los tejidos.
3. Migración de los leucocitos desde los vasos sanguíneos del área del tejido lesionado.

Inflamación crónica.

En ciertas ocasiones el agente lesionante persiste durante un período prolongado produciendo una destrucción tisular continua, mientras que al mismo tiempo el cuerpo está intentando tratar la lesión tisular previa con los procesos de inflamación aguda, organización y reparación, en tal caso el área lesionada puede

presentar, necrosis tisular exudado inflamatorio agudo y tejido cicatricial fibroso concurrentemente lo que se conoce como inflamación crónica.

5 Discusión-Conclusión

El resultado de la inflamación aguda depende de 3 factores principales:

- 1- El grado de la lesión.
- 2- La naturaleza del agente lesionado.
- 3- El tipo de tejido afectado.

Dependiendo del tipo de lesión tisular pueden existir también diversos grados de regeneración del tejido origina, lo que depende de la capacidad de las células del tejido maduro para sufrir división.

La neoplasia puede ser considerada como una respuesta de la mala adaptación a los estímulos anormales del medio, aunque en muchos casos los estímulos precisos no pueden ser identificados.

Ya que las inflamaciones crónicas son generalmente de duración considerable, las respuestas inmunológicas juegan un papel considerable.

Cuando la célula presenta una lesión irreversible se produce necrosis celular.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 376

EL TÉCNICO DE IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

CARLOS BENITA COTILLAS

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

REBECA TORRES DOMINGUEZ

MARTA HERNANDEZ PARDO

1 Introducción

La radiología no es diferente de la medicina pediátrica, aunque es un área distinta y altamente especializada de la atención médica.

Al interpretar y utilizar técnicas de imágenes, las necesidades y condiciones únicas de los niños presentan un conjunto especial de desafíos y oportunidades. Aquí entra en juego el profesional altamente calificado y vital del equipo de radiología pediátrica conocido como Técnico Superior en Diagnóstico por Imágenes y Medicina Nuclear (TSIDMN).

Las técnicas necesarias para producir las imágenes que los radiólogos pediátricos utilizarán para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades son manejadas y realizadas por este especialista.

El técnico superior en imágenes realiza estudios de imágenes que se adaptan a las necesidades únicas de los pacientes utilizando una variedad de tecnologías y técnicas, que incluyen radiografía, tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética y medicina nuclear utilizadas en pacientes infantiles.

Sin embargo, los deberes de estos técnicos van más allá del simple funcionamiento de la maquinaria y la producción de imágenes. Son esenciales para la preparación de los pacientes infantiles y sus familias, así como para garantizar el cuidado y la seguridad del paciente pediátrico durante los procedimientos. El TSIDMN es un componente esencial de la radiología pediátrica y juega un papel fundamental en cada etapa del procedimiento de diagnóstico.

2 Objetivos

- Examinar el papel del Técnico Superior en Diagnóstico por Imagen y Medicina Nuclear en el área de radiología pediátrica, destacando sus principales responsabilidades.
- Reconocer los pasos secuenciales que toma un técnico para completar un procedimiento de imagen, desde la preparación del paciente hasta la entrega de las imágenes al radiólogo.
- Destacar la importancia del trabajo del técnico, especialmente en relación con la limitación de la exposición a la radiación y la comodidad del paciente pediátrico.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo. Las bases de datos principales consultadas, han sido; Pubmed, Medline y Scielo.

Se ha realizado una búsqueda en artículos y libros relacionados con la sanidad y los aparatos de rayos X, y se han elegido cuidadosamente por su contenido científico y relevancia para el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones asignadas al Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico y Medicina Nuclear en el ámbito de la radiología pediátrica se basan en las funciones descritas en la introducción.

El paciente es recibido y preparado al inicio del procedimiento.

El técnico debe usar habilidades de comunicación efectivas para explicar el procedimiento de una manera comprensible y tranquilizadora a los niños que pueden estar nerviosos o inseguros al respecto.

Luego, antes de comenzar el procedimiento de imágenes, debe asegurarse de que el niño esté colocado correctamente y cómodo. Sobre la base de los requisitos del paciente y las instrucciones del médico, el técnico elige y configura el aparato de imagen adecuado. Es posible que sea necesario elegir la modalidad de imagen adecuada, como radiografía, tomografía computarizada, resonancia magnética o medicina nuclear, para reducir la exposición a la radiación.

El técnico ejecuta el procedimiento de obtención de imágenes después de configurar el equipo. Para obtener las mejores imágenes para el diagnóstico, esto implica operar el equipo de manera segura y efectiva. El técnico debe seguir controlando al paciente para asegurarse de que esté bien durante este tiempo.

El técnico es el encargado de evaluar la calidad de las imágenes una vez obtenidas. Es posible que deba repetir el procedimiento según sea necesario para obtener imágenes de diagnóstico de alta calidad.

El radiólogo pediátrico recibirá entonces estas imágenes para su análisis y diagnóstico.

Finalmente, el técnico debe registrar el procedimiento, incluidos los problemas o irregularidades que surgieron y los cambios realizados en la configuración del equipo. El seguimiento y la mejora continua de la atención al paciente dependen en gran medida de estos datos.

En radiología pediátrica, el Técnico Avanzado en Imágenes para Diagnóstico y Medicina Nuclear realiza una serie de tareas vitales que garantizan la seguridad del paciente y la calidad de los estudios de imágenes.

5 Discusión-Conclusión

En la especialidad médica de radiología pediátrica se requiere una combinación especial de experiencia técnica y habilidades para el cuidado del paciente. Según el análisis, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear es fundamental en este sentido para garantizar la comodidad y la seguridad de los pacientes pediátricos, además de operar equipos de imágenes de manera eficiente y obtener imágenes de diagnóstico de alta calidad.

Pueden tranquilizar a los pacientes y sus familias gracias a sus excelentes habilidades de comunicación, lo que ayuda al procedimiento.

En resumen, la importancia del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear en la radiología pediátrica es innegable y crucial para la salud

de nuestros hijos.

6 Bibliografía

1. "Pediatric radiology for the practitioner." Donnelly LF. 2017.
2. "Pediatric Radiology: Te requisites." Hernanz-Schulman M. 2014.
3. "Pediatric Radiology: A multimodality approach." Slovis TL, Berdon WE. 2019.

Capítulo 377

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

BEATRIZ MORENO LIZCANO

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

ESTRELLA JARA LAVADO

ANA MARÍA SOLÍS

1 Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una de las enfermedades más influyentes y difíciles en la historia de la medicina moderna. Desde su aparición en la década de 1980, el VIH ha dejado una huella profunda y duradera en la salud mundial, la investigación médica y la sociedad en general. La epidemia del VIH no solo ha creado una crisis de salud, sino que también ha cambiado la forma en que entendemos y tratamos las enfermedades infecciosas y la salud pública.

El VIH es un retrovirus que afecta el sistema inmunológico y reduce gradualmente la capacidad del cuerpo para defenderse contra infecciones y enfermedades. Lo que comenzó como una serie de casos confusos de inmunodeficiencia se ha convertido en una epidemia mundial que afecta a millones de personas en todo el mundo. Desde su descubrimiento, el VIH ha creado un panorama médico, social y político complejo y en constante evolución.

La lucha contra el VIH ha provocado investigaciones médicas sin precedentes. Los esfuerzos por comprender la biología de los virus, cómo se transmiten y sus efectos en el cuerpo humano han llevado al desarrollo de terapias antirretrovirales altamente efectivas. Estos avances han cambiado la perspectiva de las personas que viven con el VIH, convirtiendo lo que alguna vez se consideró un diagnóstico fatal en una enfermedad manejable a largo plazo.

Pero la epidemia del VIH también ha revelado desafíos sociales y de salud pública. El estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH son barreras importantes para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, y el acceso a la atención médica y los medicamentos sigue siendo un problema importante en muchas partes del mundo, lo que contribuye a las disparidades de salud a nivel mundial.

La investigación continua juega un papel fundamental en este contexto. Los científicos y médicos se dedican a encontrar curas para el VIH, mejorar los tratamientos existentes y desarrollar métodos de prevención más efectivos. Además, la educación pública y la lucha contra el estigma son fundamentales para una respuesta mundial eficaz a las enfermedades infecciosas.

2 Objetivos

- Analizar el VIH desde diferentes perspectivas.
- Comprender su impacto en la sociedad y evaluar los avances en investigación y medicina realizados para combatir la enfermedad.

3 Metodología

Este estudio se basa en una revisión exhaustiva de la literatura médica, científica y social sobre el VIH. Explora qué primeros casos se identificaron en la década de 1980 y cómo ha progresado la epidemia desde entonces.

Discutimos los avances de la investigación desde la comprensión de la patogenia hasta el desarrollo de terapias antirretrovirales. Además, se revisan los enfoques actuales de atención integral, incluida la importancia de la detección temprana, el acceso a medicamentos y el apoyo psicosocial.

4 Resultados

La epidemia del VIH ha tenido impactos profundos y diversos en la salud global, la sociedad y la investigación médica. A medida que ingresamos al siglo XXI, es importante comprender los resultados de décadas de investigación y esfuerzos para combatir esta compleja enfermedad.

-Avances científicos y médicos:

Uno de los logros más notables de la investigación del VIH ha sido el desarrollo de una terapia antirretroviral altamente efectiva. Estos medicamentos han cambiado la apariencia de las personas que viven con el VIH, permitiéndoles vivir más tiempo y de manera más saludable. La terapia antirretroviral no solo reduce la carga viral y restaura la función inmunológica, sino que también reduce la transmisión del virus de persona a persona.

Además, la investigación ha revelado los mecanismos subyacentes del VIH y sus efectos sobre el sistema inmunitario. El descubrimiento de los correceptores CCR5 y CXCR4 en las células CD4+ ha mejorado nuestra comprensión de la entrada viral en las células huésped. Estos hallazgos fueron importantes para el desarrollo de terapias dirigidas que inhiben la entrada viral y la replicación viral.

-Desafíos continuos:

Se ha logrado un progreso significativo, pero persisten los desafíos relacionados con el VIH. El estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH persisten en muchas partes del mundo y dificultan los esfuerzos de prevención y atención. Además, el acceso desigual a la atención médica y los medicamentos sigue siendo un problema importante, especialmente en las regiones con recursos limitados.

La prevención también sigue siendo una prioridad. Se ha demostrado que la profilaxis previa a la exposición (PrEP) es eficaz para prevenir la infección por el VIH, pero su disponibilidad y acceso varían mucho de un país a otro. La educación pública y la promoción de pruebas periódicas del VIH son esenciales para identificar y vincular a las personas infectadas con el tratamiento.

-Atención Integral y Enfoques Multidisciplinarios:

La atención integral a las personas que viven con el VIH va más allá de la terapia antirretroviral. Cada vez se reconoce más la importancia de un enfoque interdisciplinario que considere los aspectos médicos, psicológicos y sociales. El apoyo psicosocial, la atención de la salud mental y la promoción de estilos de vida salud-

ables son componentes esenciales de la gestión eficaz del VIH.

-Investigaciones futuras:

La investigación en curso está desempeñando un papel importante en la lucha contra el VIH. Se están realizando esfuerzos para desarrollar tratamientos más efectivos con menos efectos secundarios y estrategias de prevención más accesibles y personalizadas. Además, se están investigando enfoques como la terapia génica y la inmunoterapia para combatir el VIH de nuevas formas.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de la investigación han redefinido radicalmente la perspectiva del VIH. Lo que alguna vez fue una enfermedad asociada con el temor y el estigma, se ha convertido en una condición manejable gracias a las terapias antirretrovirales. Estos medicamentos han permitido a las personas con VIH vivir vidas más largas y saludables, y han contribuido significativamente a reducir la transmisión del virus.

Sin embargo, los desafíos persisten. El estigma y la discriminación hacia las personas con VIH continúan socavando los esfuerzos de prevención y atención en todo el mundo. La desigualdad en el acceso a la atención médica y los medicamentos sigue siendo una barrera significativa para muchas personas que viven con VIH, especialmente en regiones con recursos limitados.

La investigación futura es esencial para abordar estos desafíos y continuar avanzando hacia un mundo sin VIH. Se necesita un enfoque integral que aborde tanto los aspectos médicos como los sociales de la epidemia. La educación pública y la lucha contra el estigma son cruciales para promover la prevención, el diagnóstico temprano y la vinculación con la atención médica.

Además, la investigación médica está evolucionando hacia enfoques más personalizados y específicos. La terapia génica y la inmunoterapia están en el horizonte, ofreciendo la esperanza de tratamientos aún más efectivos y con menos efectos secundarios. La colaboración global y el intercambio de conocimientos son fundamentales para avanzar en la lucha contra el VIH.

En última instancia, el VIH ha demostrado la capacidad de la investigación y la innovación para transformar las enfermedades y la salud pública en todo el mundo. A medida que continuamos en esta búsqueda para entender y abordar el VIH en su totalidad, queda claro que la educación, la prevención y el acceso

equitativo a la atención son fundamentales para alcanzar una respuesta efectiva y, en última instancia, un mundo sin VIH.

6 Bibliografía

- 1.[https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html#:text=El%20VIH%20\(virus%20de%20la,lo%20tiene%20de%20por%20vida.](https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html#:text=El%20VIH%20(virus%20de%20la,lo%20tiene%20de%20por%20vida.)
- 2.<https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/vih-y-el-sida-conceptos-basicos>
- 3.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hiv-aids/symptoms-causes/syc-20373524>
- 4.<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmission-sexual-ets/vih-sida>
- 5.<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/hiv-stigma/index.html>

Capítulo 378

EL TRABAJO SOCIAL Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES QUE LLEGAN DESDE CENTROS PENITENCIARIOS AL HOSPITAL

SANDRA CARRASCO OJEDA

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

ANA PARRAS VACAS

GLORIA PANIAGUA LEAL

1 Introducción

El hombre es un ser social por naturaleza, lo que implica que depende de los demás para sobrevivir, según el filósofo Aristóteles. La personalidad de una persona y las habilidades sociales necesarias para la integración social, se desarrollarán como resultado de la vida en comunidad.

Por lo tanto, es claro que una persona que está aislada de la sociedad no puede convertirse en un ser social como los demás. La red social de la persona, los medios a su disposición y la forma en que debe mantenerse en contacto con el mundo exterior son consideraciones más cruciales por ello.

Comprender cómo cambia la socialización en el ámbito penitenciario y cómo puede ayudar o perjudicar al interno, así como a las personas con las que

mantiene vínculos de relación, será posible a través del estudio de estas relaciones. El trabajador social desempeñará un papel muy crucial en este proceso. Dado que los reclusos están privados de su libertad, con frecuencia se afirma que la resocialización no puede tener lugar en las prisiones porque hacerlo tendría el efecto contrario en el infractor. La vida familiar y laboral y la vida institucional son incompatibles por el aislamiento del individuo del mundo exterior.

2 Objetivos

-Describir el papel que puede desempeñar un trabajador social en la asistencia a los reclusos y las distintas funciones que puede asumir al respecto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Capítulo II del Código Penitenciario contiene una sección sobre “Acción Social Penitenciaria” que incluye los artículos 227 a 229 que describen los fines, ventajas y servicios sociales penitenciarios. La acción social pretende atender las problemáticas surgidas a los internos y sus familias a raíz de su ingreso en prisión. El artículo 227 establece como resultado que para fortalecer sus vínculos con las familias y los internos, los trabajadores sociales deben actuar como intermediarios.

Puede interpretarse en el sentido de que se deben tomar medidas para promover una mayor comunicación y que estas no están tan estrictamente reguladas si el recluso y la familia encuentran que hay pocas oportunidades de comunicación. para diseñar situaciones que sean mejores para todos los involucrados.

En particular, el artículo 229 establece que el trabajador social debe prestar sus servicios tanto dentro como fuera del establecimiento, atendiendo las necesidades tanto de los internos y privados de libertad condicional como de sus familiares. El trabajador social de la historia puede verse como un partidario de los

internos y las familias que hablarán por ellos.

En las cárceles se encuentran disponibles tratamientos para los reclusos que reflexionan sobre el respeto constitucional a los derechos humanos.

Por eso, siempre se debe actuar con respeto a la dignidad humana; la prisión no es un lugar para castigar a las personas; más bien, es un lugar para trabajar con ellos.

Por lo tanto, el trabajador social no solo intervendrá escuchando las demandas y solicitudes de los internos y sus familias, sino que también deberá verificar que los derechos de los internos se respeten en los centros penitenciarios.

Si mantener relaciones sociales con las personas dentro y fuera de las cárceles es parte de nuestro derecho al respeto como seres humanos, el trabajador social debe velar por que se respete este derecho. facilitando las visitas, las comunicaciones, la obtención de permisos y favoreciendo los tratos que se dan, así como la mediación entre las familias y los reclusos.

Los internos son alojados en prisiones para que puedan beneficiarse de ciertos privilegios hasta que sean liberados y alcancen el tercer grado.

El objetivo del trabajador social durante el internamiento es promover y mejorar la salud física y mental de la persona, así como su libertad. Esto se hace centrándose en el bienestar durante todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Para desarrollarnos como seres sociales y funcionar como miembros de una sociedad, debemos conectarnos con los demás y formar vínculos afectivos.

El objetivo de la prisión es socializar o resocializar a los delincuentes, e intenta hacerlo excluyéndolos de la sociedad y restringiendo sus interacciones con los demás. Los permisos de salida y las comunicaciones son extremadamente escasos para la mayoría de los reclusos y sus familias, que suelen ser escasos. Lo que repercute en las relaciones, intensificando los conflictos y dificultando el mantenimiento de una relación en la que uno de los cónyuges está encarcelado.

Los centros brindan una variedad de herramientas para ayudar a las personas a mantenerse en contacto con sus familias, incluida la correspondencia escrita, las visitas privadas y las llamadas telefónicas que permiten a las personas visitar las instalaciones.

6 Bibliografía

1. Antonio, A. J. (2003). Reflexiones acerca del Trabajo Social en las cárceles. Buenos Aires, Argentina: Espacios.
2. Ayuso, A. (2003). Visión crítica de la reeducación penitenciaria en España. Valencia: Nau Llibres.

Capítulo 379

EL TRABAJO SOCIAL EN ZONAS RURALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

SANDRA CARRASCO OJEDA

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

GLORIA PANIAGUA LEAL

ANA PARRAS VACAS

1 Introducción

Parte de la población vive en zonas rurales de España, donde se caracteriza por la baja densidad de población y el completo despoblamiento de algunos municipios, llegando a ruralizarse o incluso desaparecer.

En todo el país, muchas de estas áreas siguen estando densamente pobladas, a pesar de los desafíos de vivir en pueblos pequeños con servicios. En el pasado, esta área estaba reservada para la agricultura y áreas tranquilas para la recreación y reuniones familiares. Sin embargo, el concepto del mundo rural está cambiando paulatinamente y las necesidades de las personas que lo habitan son cada vez mayores. El envejecimiento del país se ve principalmente en estas regiones, ya que la población más joven tiende a mudarse a las zonas rurales por falta de oportunidades, a veces sin poder estudiar en esas áreas y eventualmente a las ciudades cercanas de forma permanente. Esto provocó una disminución de la población rural. La labor de los trabajadores sociales en estas áreas es proporcionar a los

vecinos los servicios y recursos que necesitan para desarrollar su vida diaria, intentando adaptarse al máximo al entorno y evitando a las personas. En el aspecto social, se necesitan trabajadores sociales para corregir posibles desigualdades y prevenir situaciones de peligro en las zonas rurales.

2 Objetivos

-Exponer la supervisión e intervención directa del trabajador social, en el medio rural.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una de las características del medio rural es que la población va disminuyendo paulatinamente debido a la baja natalidad y al envejecimiento de la población. La despoblación genera escasez de servicios y profesionales.

Los trabajadores sociales no tienen ubicaciones permanentes en ciudades escasamente pobladas, pero están distribuidos en varias ciudades y visitan un día a la semana o según sea necesario. Esto provoca retrasos en la satisfacción de las necesidades de las personas. Tener la oportunidad de trabajar más a menudo en estas áreas puede garantizar una mejora continua en la mejora de las condiciones de vida, ya que la perspectiva global del trabajador social sobre la sociedad y su lugar ayuda a satisfacer las necesidades. Está ahí y hasta la gente del campo no sabe cómo mostrarlo. Debido a la pequeña cantidad de puestos de trabajo, el nivel de mano de obra está severamente limitado. Para ello, se utilizan trabajadores sociales como técnicos.

La labor de los trabajadores sociales en estas áreas es proporcionar a los vecinos los servicios y recursos que necesitan para desarrollar su vida diaria, intentando adaptarse al máximo al entorno y evitando a las personas. Parte de la población

vive en zonas rurales de España donde se caracteriza por la baja densidad de población.

Se puede apoyar el empleo orientando las oportunidades de educación y empleo a los residentes rurales que deseen desarrollar sus carreras. En el aspecto social, se necesitan trabajadores sociales para corregir posibles desigualdades y prevenir situaciones de peligro en las zonas rurales. También induce a la cooperación entre los residentes y crea diversas formas de ocio. Por último a nivel de educación, los trabajadores sociales pueden aumentar la educación fomentando acciones de mejora.

5 Discusión-Conclusión

A medida que los entornos rurales cambian con el tiempo, las prácticas de trabajo social deben reinventarse para que así continúe el trabajo de intervención significativo. Sin embargo, para ello es importante que los servicios de los trabajadores y trabajadoras sociales de las zonas rurales dispongan de tiempo suficiente para las intervenciones tanto grupales como individuales. Los nuevos modelos de desarrollo rural no se pueden crear solos, y el apoyo a estas áreas es fundamental. La ayuda del trabajo social y el papel del trabajador social como figura popular en la ciudad pueden promover el cambio y la mejora necesarios.

6 Bibliografía

1. Bravo Martín, N. (2017). Trabajo Social y medio rural.
2. García Del Valle, C. (2020). MEDIO RURAL Y TRABAJO SOCIAL.
3. Pascual, M. J. R., & Arriero, M. J. J. (2022). Trabajo Social en el medio rural: desafíos para el futuro. *Servicios sociales y política social*, (127), 81-95.

Capítulo 380

EL TRABAJO SOCIAL Y LOS PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL

SANDRA CARRASCO OJEDA

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

ANA PARRAS VACAS

GLORIA PANIAGUA LEAL

1 Introducción

La lesión cerebral adquirida , según la Organización Mundial de la Salud, es "una lesión cerebral que ocurre después del nacimiento y no está relacionada con enfermedades congénitas o degenerativas". De estas lesiones puede resultar una incapacidad funcional o una falta de adaptación psicosocial, que puede ser temporal o permanente. El accidente cerebrovascular es la principal causa de daño cerebral, seguido de lesiones en la cabeza, tumores cerebrales e infecciones.

Dado que la lesión cerebral adquirida es una discapacidad que requiere atención especializada de varios proveedores de atención médica, es imperativo mantener la continuidad en la intervención del caso y la atención continua.

Dado que somos los encargados de brindar una atención adecuada a las necesidades de cada individuo, los profesionales del Trabajo Social juegan un papel importante en la intervención de las personas que han padecido o están padeciendo este tipo de patología.

Somos un eslabón crucial en la reinserción e inclusión de la persona con daño cerebral y sus familias en todas las facetas de la vida en su proceso de atención luego de sufrir esta circunstancia.

Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de informar a la familia de los posibles centros y servicios sociosanitarios que se pueden ofrecer en la rehabilitación de la persona.

2 Objetivos

Conocer el valor del trabajador social en los pacientes con daño cerebral en los centros de salud y hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A través de la rehabilitación especializada, las personas con daño cerebral avanzan gradualmente a través de tres fases distintas.

1-Fase aguda: Después de ser ingresado en el hospital a través de la unidad de cuidados intensivos o la unidad de ictus, el paciente es posteriormente trasladado a la planta, donde una vez que el paciente se ha estabilizado, puede comenzar la rehabilitación física. Como trabajadores sociales, es nuestra responsabilidad apoyar e informar a la familia sobre el daño cerebral, sus efectos y la necesidad de explorar más opciones de atención médica y social. Debido a su desconocimiento y preocupación por lo sucedido, la familia se encuentra en una situación difícil, y es nuestra responsabilidad como profesionales apoyarlos para un posible tratamiento futuro.

2-Fase subaguda: inicio de la rehabilitación hospitalaria específica, que puede durar de seis a dieciocho meses de media, dependiendo de la evolución del paciente. Los servicios hospitalarios se prestan como unidades de rehabilitación ambulatoria o las unidades de hospital de día. Los trabajadores sociales tienen

la responsabilidad de informar a la familia de los posibles centros y servicios sociosanitarios que se pueden ofrecer en la rehabilitación de la persona, como los anteriormente mencionados.

3-La fase crónica comienza justo después de que los síntomas de la persona se han estabilizado y se ha sometido a la rehabilitación, pero no ha avanzado más progreso. Es por eso que seguimos manteniendo los logros obtenidos durante la rehabilitación y el potencial de inclusión social de la persona, y es aquí donde los profesionales del trabajo social podemos ayudar brindando información y orientación sobre los posibles recursos, beneficios sociales y servicios, las ayudas económicas, o las prestaciones y servicios relacionados con la dependencia.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales en el trabajo social actúan como un sistema de apoyo para quienes tienen daño cerebral, así como a sus familias, brindándoles atención individualizada, educándolos sobre los recursos disponibles que existen y aconsejándolos sobre cómo colaborar con otros profesionales para promover y mejorar la inclusión de todos los pacientes con lesión cerebral y los individuos tanto en el mercado social como en el laboral, según corresponda. Por lo tanto, son necesarios equipos multidisciplinarios, que incluyan especialistas como neurólogos, terapeutas ocupacionales, médicos y fisioterapeutas, colaborará para que tanto la familia como la persona con daño cerebral tengan una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

1.Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con daño cerebral adquirido. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.

Capítulo 381

MENINGITIS TUBERCULOSA

ESTRELLA JARA LAVADO

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

BEATRIZ MORENO LIZCANO

ANA MARÍA SOLÍS

1 Introducción

La meningitis tuberculosa es una forma grave de tuberculosis extrapulmonar y un desafío médico y de salud pública que continúa representando una amenaza en muchas partes del mundo, especialmente en áreas de escasos recursos.

La enfermedad ocurre cuando las bacterias que causan la tuberculosis llegan a las meninges, las membranas protectoras que recubren el cerebro y la médula espinal.

La meningitis tuberculosa presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos únicos. El diagnóstico suele retrasarse porque los primeros síntomas son ambiguos y pueden confundirse con otras enfermedades, lo que puede empeorar los resultados clínicos. Además, las pruebas de diagnóstico disponibles a menudo no son lo suficientemente sensibles o específicas para confirmar con seguridad la presencia de la enfermedad.

Dado que la tuberculosis es un problema de salud mundial, es importante tener un buen conocimiento de la meningitis tuberculosa. El conocimiento de los fac-

tores de riesgo, las vías de transmisión, las opciones de diagnóstico y los enfoques terapéuticos es esencial para abordar eficazmente esta enfermedad y mejorar los resultados clínicos.

El propósito de este estudio es proporcionar una visión integral de la meningitis tuberculosa y examinar sus aspectos epidemiológicos, patogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Una mejor comprensión de la naturaleza de esta enfermedad puede conducir a una detección temprana, un tratamiento adecuado y la prevención de futuras infecciones, contribuyendo así a la salud pública mundial.

2 Objetivos

- Proporcionar una descripción completa de la meningitis tuberculosa.
- Investigar la prevalencia global y los factores de riesgo asociados.
- Comprender la patogénesis de la infección meníngea y examinar los métodos de diagnóstico actuales.

3 Metodología

Este estudio se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible en bases de datos médicas como Pubmed o Medline. Se han realizado búsquedas utilizando términos como “meningitis tuberculosa”, “diagnostico meningitis tuberculosa”, “tratamiento meningitis tuberculosa” y otros términos relevantes. Se seleccionaron artículos que tratan específicamente de la epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento de la meningitis tuberculosa.

4 Resultados

La meningitis tuberculosa afecta principalmente áreas con alta carga de tuberculosis, especialmente aquellas con recursos limitados. Los niños y los pacientes inmunocomprometidos, como los que tienen VIH, corren un riesgo especial. Además, aunque la meningitis tuberculosa puede afectar a personas de todas las edades, ocurre con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes.

La meningitis tuberculosa es causada por *Mycobacterium tuberculosis* que invade las meninges mediante diseminación hematógena desde otra fuente, generalmente los pulmones. Cuando las bacterias invaden las meninges, desencadenan una respuesta inflamatoria en el espacio subaracnoideo, lo que provoca

la acumulación de líquido cefalorraquídeo (LCR) y la formación de granulomas. Esta respuesta inflamatoria puede dañar el tejido nervioso y causar una variedad de síntomas neurológicos.

El diagnóstico de meningitis tuberculosa es difícil debido a la inespecificidad de los síntomas y la falta de pruebas de diagnóstico precisas. Las pruebas tradicionales como la tinción de Ziel-Nielsen y los cultivos de micobacterias son lentas y a menudo carecen de sensibilidad. Las técnicas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) han mejorado la velocidad y la sensibilidad del diagnóstico, pero los entornos con recursos limitados pueden limitar su disponibilidad.

El tratamiento de la meningitis tuberculosa incluye una combinación de medicamentos antituberculosos y atención de apoyo. Los regímenes de tratamiento estándar incluyen la administración a largo plazo (generalmente de 6 a 9 meses) de rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. La atención de apoyo, como la reducción de la presión intracraneal y el tratamiento de las complicaciones neurológicas, también es esencial para mejorar los resultados clínicos.

A pesar de los avances en la comprensión y el tratamiento de la meningitis tuberculosa, aún quedan desafíos importantes. La detección temprana y el acceso a medicamentos apropiados siguen siendo desafíos en muchas partes del mundo. Además, los efectos secundarios de los medicamentos antituberculosos y la duración prolongada del tratamiento pueden afectar el cumplimiento del paciente. Teniendo esto en cuenta, se están investigando nuevas modalidades terapéuticas, como agentes inmunomoduladores y estrategias de combinación de fármacos, para mejorar la eficacia y la tolerabilidad terapéutica.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, a pesar de los avances en la investigación y el tratamiento de la tuberculosis, esta forma particular de la enfermedad sigue planteando una amenaza para la salud y el bienestar de las personas.

El diagnóstico temprano de la meningitis tuberculosa es un desafío importante. El diagnóstico preciso se ve dificultado por las limitadas pruebas moleculares disponibles en entornos de escasos recursos. Por lo tanto, es necesaria una mayor inversión en investigación y desarrollo de pruebas de diagnóstico más sensibles y específicas para mejorar la detección temprana y reducir la carga de morbilidad.

El tratamiento de la meningitis tuberculosa es un proceso largo y complejo que requiere una combinación de medicamentos antituberculosos y cuidados de apoyo. A pesar de los avances en el tratamiento, los efectos secundarios de los medicamentos y el tratamiento prolongado pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. Además, la falta de acceso a los medicamentos y la mala adherencia al tratamiento siguen siendo cuestiones importantes que deben abordarse.

Los desafíos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la meningitis tuberculosa resaltan la necesidad de una respuesta integral. La investigación médica y epidemiológica debe continuar para comprender mejor los mecanismos subyacentes de las enfermedades y desarrollar enfoques diagnósticos y terapéuticos más eficaces.

En última instancia, abordar la meningitis tuberculosa requerirá una combinación de esfuerzos globales para garantizar la detección temprana, el acceso al tratamiento y el apoyo continuo a los pacientes y sus familias.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Meningitis_tuberculosa
2. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300007
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000650.htm#:text=La%20meningitis%20tuberculosa%20es%20causada,común%20en%20los%20Estados%20Unidos.>
4. <https://seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/viromicromol/TBCAmp.pdf>

Capítulo 382

CÁLCULOS RENALES

ESTRELLA JARA LAVADO

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

BEATRIZ MORENO LIZCANO

ANA MARÍA SOLÍS

1 Introducción

Los cálculos renales, también conocidos como litiasis renal, son un problema de salud global que afecta a una parte importante de la población en todo el mundo. Estos sólidos en el tracto urinario pueden causar dolor intenso y, en casos graves, pueden provocar complicaciones graves, como obstrucción renal y lesión renal crónica. A pesar de los avances en medicina y tecnología, los cálculos renales siguen siendo un problema clínico recurrente y una carga para los sistemas de salud.

La formación de cálculos renales es el resultado de una compleja interacción de factores genéticos, ambientales, nutricionales y fisiológicos. La composición química exacta de los cálculos varía, pero los cálculos más comunes están compuestos principalmente de oxalato de calcio. Debido a la naturaleza dolorosa de esta afección y su tendencia a recurrir, es importante comprender a fondo sus causas, métodos de diagnóstico y opciones de tratamiento.

La detección temprana y el tratamiento eficaz de los cálculos renales es esencial para reducir el dolor y prevenir complicaciones graves. Para comprender mejor esta afección y proporcionar una base sólida para su enfoque clínico, este artículo revisa la anatomía y fisiología del sistema urinario, examina los mecanismos detrás de la formación de cálculos renales y presenta los últimos métodos de diagnóstico para revisar y evaluar las opciones de tratamiento disponibles.

Esta revisión integral tiene como objetivo arrojar luz sobre los factores de riesgo que predisponen a la formación de cálculos renales. Además, se analiza la eficacia y limitaciones de las intervenciones médicas y quirúrgicas para identificar enfoques terapéuticos más eficientes e individualizados para el tratamiento de esta patología. El objetivo final es ofrecer una visión integral de los cálculos renales desde su aparición hasta su tratamiento, para informar y orientar a los profesionales sanitarios en la atención de los pacientes afectados por esta enfermedad.

2 Objetivos

- Examinar en detalle la formación de cálculos renales.
- Identificar los factores de riesgo que contribuyen a su formación y evaluar las opciones de tratamiento actuales.
- Mejorar nuestra comprensión sobre cómo prevenir y tratar eficazmente los cálculos renales.

3 Metodología

La metodología utilizada en este estudio incluye una revisión extensa de la literatura científica disponible en bases de datos médicas como Pubmed o Medline. Se evalúan estudios epidemiológicos para analizar la prevalencia de cálculos renales en diversos grupos de población. Además, se revisan estudios sobre la formación de cálculos renales, incluidos factores de riesgo como la dieta, la genética y las enfermedades subyacentes. Se evalúan métodos de diagnóstico como ultrasonido, tomografía computarizada, análisis de orina y opciones de tratamiento que van desde la terapia conservadora hasta la intervención quirúrgica.

4 Resultados

La formación de cálculos renales es un proceso complejo influenciado por muchos factores genéticos, nutricionales y fisiológicos. Los cálculos se forman en

el tracto urinario cuando sustancias presentes en la orina, como el calcio, los oxalatos y el ácido úrico, se acumulan y cristalizan en masas sólidas. La composición química de los cálculos varía, pero los cálculos de oxalato de calcio y de fosfato de calcio son los más comunes. Aunque los factores genéticos desempeñan un papel importante en la predisposición de las personas a ciertos tipos de cálculos, la dieta y el estilo de vida también desempeñan un papel importante.

El diagnóstico preciso de los cálculos renales es esencial para un tratamiento adecuado. Los síntomas comunes incluyen dolor intenso en el costado, la espalda o el abdomen, náuseas, vómitos y sangre en la orina. Las radiografías simples, la ecografía y la tomografía computarizada son procedimientos de diagnóstico comunes para detectar la urolitiasis. El análisis de orina también proporciona información valiosa sobre la composición de los cálculos y los factores causales.

El tratamiento de los cálculos renales depende del tamaño y la ubicación del cálculo y de la gravedad de los síntomas. Para los cálculos pequeños y asintomáticos, se recomienda una hidratación adecuada y cambios en la dieta para prevenir la recurrencia.

Existen muchas opciones de tratamiento para cálculos más grandes y más sintomáticos. La litotricia por ondas de choque es un método no invasivo que utiliza ondas sonoras para romper piedras en pedazos más pequeños. La ureteroscopia es una técnica en la que se inserta un dispositivo en la uretra para eliminar o romper cálculos en el tracto urinario superior. Los casos más complicados, como cálculos grandes o múltiples, pueden requerir cirugía abierta o mínimamente invasiva.

La prevención de la recurrencia de cálculos es esencial, además del tratamiento agudo. Los cambios en la dieta juegan un papel importante en la reducción del riesgo de formación de cálculos. La ingesta adecuada de líquidos, especialmente la ingesta de líquidos, es importante para mantener la dilución de sustancias en la orina y prevenir la cristalización. También puede ser beneficioso reducir la ingesta de sodio y proteínas animales y controlar los niveles de calcio y ácido úrico en la dieta.

Aunque los tratamientos actuales han demostrado ser eficaces en muchos casos, existen desafíos y la recurrencia de cálculos sigue siendo un problema, lo que subraya la importancia de la prevención a largo plazo. Además, los procedimientos invasivos pueden provocar complicaciones como infección y daño al tejido circundante.

Se están estudiando medicamentos para prevenir la formación de cálculos. Se están investigando agentes que alteran la composición de la orina y reducen la formación de cristales como posibles enfoques preventivos. Además, educar al público sobre los factores de riesgo, la importancia de la hidratación y los cambios en la dieta juega un papel importante en la reducción de la incidencia de cálculos renales.

5 Discusión-Conclusión

La formación de cálculos renales es una enfermedad compleja en la que influyen varios factores. Comprender los desencadenantes y los métodos de diagnóstico es esencial para una prevención y un tratamiento eficaces. Una hidratación adecuada y una dieta equilibrada juegan un papel importante a la hora de reducir el riesgo de cálculos renales. Además, el tratamiento debe individualizarse según la composición de los cálculos, el tamaño y la gravedad de los síntomas.

Un enfoque multidisciplinario que involucre a urólogos, nefrólogos y nutricionistas es esencial para brindar la mejor atención posible a los pacientes con cálculos renales. Educar al público sobre los factores de riesgo y las medidas preventivas también es importante para reducir la incidencia de esta afección. A medida que avanza la investigación, es importante seguir explorando nuevas estrategias preventivas y terapéuticas para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por cálculos renales.

6 Bibliografía

1. [https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/kidney-stones/symptoms-causes/syc-20355755#:text=Los%20cálculos%20renales%20\(también%20llamados,causas%20de%20los%20cálculos%20renales](https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/kidney-stones/symptoms-causes/syc-20355755#:text=Los%20cálculos%20renales%20(también%20llamados,causas%20de%20los%20cálculos%20renales)
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000458.htm>
3. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/cálculos-en-las-vías-urinarias/cálculos-en-las-vías-urinarias>
4. https://es.wikipedia.org/wiki/Cálculo_renal
5. <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/temas-de-salud/clculos-renales-hw204795>

Capítulo 383

PRUEBAS DE IMAGEN EN LA INVAGINACIÓN INTESTINAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARÍA SABINO AMADO

MARIBEL CRELGO HERRERO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

1 Introducción

La invaginación intestinal es un trastorno en el que un segmento del intestino se desliza dentro de otro, bloqueando así en los segmentos afectados del intestino el flujo sanguíneo. Se produce con mayor probabilidad en varones y en las edades correspondidas entre los seis meses y los cuatro años de edad.

Tiene unos síntomas muy característicos y los médicos con una simple palpación pueden llegar a saber que se trata de una obstrucción intestinal, la cual confirmarán con una radiografía de abdomen.

La causa de la invaginación suele ser desconocida, mayoritariamente se da en pacientes pediátricos y sus síntomas más frecuentes son, vómitos y dolor de estómago, así como sangre en las heces. Al principio estos episodios pueden darse en plazo de una hora.

Se puede confirmar el diagnóstico con diferentes pruebas, como son ecografía, radiografía y CT abdominal.

Es muy importante el papel de dichas pruebas, ya que un diagnóstico temprano evitará que el flujo sanguíneo interrumpa demasiado tiempo y de esta manera no produzca la muerte(gangrena) del segmento de intestino afectado.

Una vez confirmada la invaginación, se decidirá qué tratamiento utilizar, pudiendo ser: el enema de aire o con medio de contraste, con el cual el paciente se podrá ir a su casa tras su realización y después de un tiempo de observación, o si no se puede tratar de manera ambulatoria tendrá que ser intervenido mediante una operación quirúrgica.

2 Objetivos

- Dar a conocer la etiología, causas y síntomas de esta enfermedad.
- Explicar las pruebas diagnósticas necesarias para su confirmación.
- Exponer los tratamientos existentes para su curación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros de patología pediátrica y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo Y MSD.

Además, se ha tenido en consideración la experiencia profesional en este ámbito tanto del autor como de los coautores.

4 Resultados

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes pediátricos entre los seis meses a los cuatro años. Es más común que se dé antes de los dos años de vida, cuando sobrepasan los cuatro años de edad, se da en un mayor porcentaje de varones que de mujeres.

En la mayoría de casos la causa es desconocida, aunque hay factores que hacen que se produzca este deslizamiento del intestino, como puede ser un pólipo, divertículo de Meckel, o vasculitis asociada a inmunoglobulina A entre otras.

Los principales síntomas de la invaginación intestinal son irritabilidad, hinchazón de la zona o dolor de estómago y vómitos, al principio puede venir en episodios de quince a veinte minutos y después pasarse el dolor. Pero a medida

que la isquemia avanza, el dolor se vuelve continuo y es en este punto donde el paciente puede realizar deposiciones con sangre o moco, así como presentar fiebre, palidez y taquicardia.

La apariencia normal de los pacientes pediátricos en este punto es letárgico, es decir, como si hubieran sido drogados.

En algunas ocasiones los segmentos deslizantes del intestino pueden volver a la normalidad sin tratamiento. De no ser así se obstruye el intestino y se bloquea la irrigación de flujo en la zona afectada, si esto ocurre, a las pocas horas se produce la muerte de ese segmento de intestino, que a continuación abrirá agujeros, provocando así perforaciones que permiten la entrada de bacterias a la cavidad abdominal, provocando peritonitis.

Existen varias pruebas para su diagnóstico:

- Ecografía abdominal.
- Radiografía de abdomen.
- CT abdominal.

La radiografía de abdomen mostrará una obstrucción intestinal, pero no confirma la invaginación.

Un CT puede dar solución a diagnosticar una invaginación, pero al ser pacientes pediátricos, siempre se optará por una ecografía antes, con lo cual el CT es el que se usa con menor frecuencia.

La ecografía, al ser un método fácil de realizar, relativamente económico y seguro, es el más usado. El hallazgo en este método de imagen se denomina, signo diana. En el caso de encontrar un hallazgo que indique la invaginación, hay dos tipos de tratamientos:

- Enema de aire o medio de contraste.
- Intervención quirúrgica.

El enema de aire es un procedimiento mediante el cual, el médico inyecta aire en el recto del paciente a través de un pequeño tubo, la presión del aire produce que el empuje del segmento de intestino invaginado vuelva a su sitio. También puede realizarse con Bario, el cual es el contraste que se utiliza por si hubiese la posibilidad de una perforación en el intestino. Tras esto se hace una radiografía para comprobar si el tratamiento funciona.

El paciente regresará a su casa tras una noche de hospitalización.

La intervención quirúrgica se realizará en caso de presentar signos evidentes de perforación intestinal, si el enema no ha podido corregirla o que la invaginación vuelva a recurrir. De esta manera se procederá a la cirugía con la finalidad de tratarlo, además de buscar posibles pólipos, tumores, o anomalías que puedan explicar el regreso de la invaginación intestinal.

5 Discusión-Conclusión

La invaginación intestinal es algo habitual en los pacientes de más temprana edad, en la actualidad hay distintas pruebas diagnósticas que pueden ayudarnos tanto a la detección como a su tratamiento. Dependiendo de la edad y la gravedad del hallazgo se utilizarán unas u otras.

El desenlace clínico es bueno con un tratamiento precoz, pero existe riesgo de que este problema reaparezca. Cuando la reducción se logra sin intervención quirúrgica, la tasa de probabilidad de recurrencia es entre un cinco y diez por ciento.

Cuando se presenta un agujero o ruptura en el intestino (perforación), se debe tratar de inmediato. Si no se trata, la invaginación intestinal puede ser mortal, sobre todo para los lactantes y niños más pequeños.

En definitiva es muy importante acudir a urgencias cuando el paciente empiece a notar los síntomas, en el caso de ser de muy corta edad, los padres han de estar pendientes, controlando la temperatura corporal, así como la palidez del menor o el color de las heces.

6 Bibliografía

1. Surgical conditions of the small intestine in infants and children. Elsevier; 2019:chap 83.
2. Ileus, adhesions, intussusception, and closed-loop obstructions. Elsevier; 2020:chap 359.
3. Gastrointestinal disorders. Elsevier; 2018:chap 171.

Capítulo 384

REPERCUSIÓN DEL COVID-19 EN LOS TÉCNICOS DE HIGIENE BUCODENTAL

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

El SARS-COV-2 no opera de manera diferente al resto de profesionales con la clínica dental. El Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos emitió un comunicado en pleno brote para ejecutarlo mientras durara la pandemia donde sólo se podría atender a pacientes en urgencias, siempre y cuando no pudieran esperar y siempre que el profesional pudiera poner los medios necesarios para no contagiarse y así garantizar tanto la salud del paciente como la del propio profesional.

De manera casi paralela al primer comunicado, el Consejo publicó las recomendaciones de buenas prácticas para poder atender las urgencias: tratamiento del dolor, infección y condiciones que afecten al buen funcionamiento del aparato estomatognático.

A los pacientes en un primer contacto, se les realizará un triaje telefónico para corroborar que se encuentra libre de síntomas y así dar la cita (en el caso de que fuera de urgencias).

Los Técnicos de Higiene Bucodental, atenderán a los pacientes con los equipos de protección individual (EPIS), compuestos por ropa clínica adecuada, gorros, mascarillas, guantes, protección ocular y facial.

La consulta debe estar preparada de manera adecuada, eliminar todos los objetos que puedan ser manipulados por los pacientes y que puedan propagar el virus; desinfectar la consulta y salas comunes.

2 Objetivos

- Conocer el impacto del COVID en el área dental.
- Conocer la labor de los técnicos bucodentales en la atención directa con los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática. Dicha investigación se ha llevado a cabo en bases de datos de Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, vídeos y estudios académicos publicados tanto en internet como en diversos artículos científicos, los cuales proceden de diferentes publicaciones académicas revisadas. Las palabras que se han utilizado en la búsqueda han sido: COVID, técnicos bucodentales, protocolo COVID, EPI.

4 Resultados

Hemos señalado en la introducción cómo influyó el COVID en la atención directa de los Técnicos bucodentales, pero es importante reseñar de una manera exhaustiva cual es el proceso desde que llega el paciente hasta que se realiza la atención directa.

Cuando el paciente llega a la consulta, lo primero que debe de realizarse es la toma de temperatura tanto al paciente como al acompañante (sólo en caso de menores de edad), a continuación se administrará gel hidroalcohólico en las manos, se cubrirán los zapatos y posteriormente se le pasará al sillón dental.

Los pacientes no coincidirán en la sala de espera para evitar riesgo de contagio, en el caso de que suceda, se realizará con una separación mínima de dos metros. Cuando el paciente acceda a la sala clínica se cerrará la puerta para evitar la propagación de los aerosoles y se llevará a cabo un enjuague con peróxido de hidrógeno

al 1% antes de realizar la exploración intraoral (también puede utilizarse colutorio de povidona yodada al 0,2% durante 30-40 segundos ya que disminuye la carga vírica).

Se utilizaban estos compuestos ya que en pleno COVID no se utilizaban los diques de goma ni los aerosoles (ya que propagan el virus), además se utilizaba una buena aspiración quirúrgica y una turbina con sistema anti-retorno.

Los técnicos deben aumentar la higiene de manos tanto antes como después de cada paciente a pesar de la utilización de guantes, además de usar los equipos de protección individual adecuados para la transmisión del virus tanto entre paciente-profesional como entre paciente-paciente.

Podemos comprender a nivel profesional, que la aparición de esta pandemia ha supuesto un reto para los técnicos de higiene bucodental donde se debe de ofrecer la máxima seguridad para los pacientes y para los técnicos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica podemos concluir el cambio en la atención directa que los Técnicos ofrecen a los pacientes debido a que la principal vía de transmisión de este virus son los aerosoles de sangre, saliva y otras secreciones y fluidos, por ello es importante establecer un enfoque preventivo para disminuir la contaminación y evitar las infecciones cruzadas.

Por ello lo primero sería establecer un triaje telefónico al paciente (asegurándonos que no está enfermo por el COVID y la urgencia de la patología). Al llegar a consulta se debe realizar una anamnesis, tomar la temperatura antes de entrar en la parte clínica.

6 Bibliografía

1. Asociación Dental Americana: [https:// www.ada.org.au/Covid-19-Portal/Dental-Professionals](https://www.ada.org.au/Covid-19-Portal/Dental-Professionals).
2. Consejo General de Dentistas de España: <https://www.consejodentistas.es/ciudadanos/coronavirus>.
3. Ministerio de Sanidad: [https:// www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm).
4. Organización Mundial de la Salud (OMS): [https:// www.who.int/health-topics/coronavirus](https://www.who.int/health-topics/coronavirus).

Capítulo 385

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR: EN LOS TRAUMATISMOS DE LA PELVIS Y DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

REBECA TORRES DOMINGUEZ

MARTA HERNANDEZ PARDO

CARLOS BENITA COTILLAS

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

1 Introducción

Un traumatismo lo podríamos definir como una lesión producida por una fuerza externa, ya sea mecánica o física, suele cursar como síntomas como dolor, dificultades de movilidad, hemorragias, etc. Los estudios radiológicos de urgencia se realizan a pacientes con una patología aguda que requiere una atención médica inmediata. La situación en la que se encuentran los pacientes de urgencias muchas veces es crítica. En condiciones de urgencia no siempre pueden realizar exploraciones radiográficas en óptimas condiciones. Muchas veces debemos realizar

la radiografía en el mismo vehículo en el que viene el paciente, lo que impide utilizar rejilla móvil y la exposimetría automática. Debemos de ser capaz de adaptar el equipo y sus componentes a las condiciones del paciente de manera que obtengamos imágenes de calidad. En una buena imagen de calidad radiográfica debe tener un buen contraste, una buena resolución espacial y un buen ruido aceptable, además de que el paciente este bien posicionado y no se superpongan las estructuras anatómicas a estudio. Como ya se ha dicho, uno de los factores de una buena imagen es el contraste que lo podemos definir como la diferencia del brillo de densidades entre las diferentes partes de una imagen. Tener un buen contraste en la imagen viene influidos por la exposimetría automática, la rejilla para corregir la radiación dispersa son un ejemplo y en los casos de urgencia no siempre pueden realizar exploraciones radiográficas en óptimas condiciones.

2 Objetivos

Saber cuáles son las proyecciones más frecuentes cuando nos encontramos en la urgencia con traumatismos en la pelvis y en la extremidad inferior.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los traumatismos de la pelvis y de la extremidad inferior más frecuentes son: Fracturas de pelvis: Secundarias a un traumatismo muy violento y la gravedad de este viene en sus consecuencias como por ejemplo rotura de grandes vasos de la zona, rotura de vejiga y uretra, etc.

En estas situaciones es mejor realizar las proyecciones en la mesa siempre que no esté contraindicado el traslado del paciente. Si no está contraindicado, es mejor que se realice el traslado desde la camilla o la silla entre 2 o 3 personas con la ayuda del rulo, intentando mover al paciente lo mínimo posible. Se realizará solo

una AP, solo a veces se contempla la axial de estrecho superior o inferior, también se puede completar el estudio con una proyección alar y otra obturatriz.

Fracturas de cadera: Fractura del cuello femoral y Fracturas intertrocanteréas. El paciente siente un dolor tan fuerte que aumenta que son intensificados al movimiento. La mayoría de las veces las proyecciones se realizarán en la camilla. Este tipo de paciente se presentará en urgencias con el miembro afectado girado externamente y acortado. Realizaremos una proyección AP con el miembro rotado externamente. Para ello tensaremos la sabana y la elevaremos con cuidado para poder poner el chasis. Podemos completar el estudio con una lateral y una axial.

Fractura de la diáfisis femoral: Para poder estudiar todo el fémur serán necesarias dos exposiciones de cada proyección. Ocurren a cualquier edad a consecuencia de un brusco traumatismo, suelen presentar un importante desplazamiento de los fragmentos provocando un intenso dolor en el paciente. La mayoría de las veces las proyecciones se realizarán en la camilla. Primero realizaremos radiografía lateral elevando el miembro sano y con el chasis apoyado en la cara externa del muslo y una AP.

Lesiones de rodillas: no suele haber problemas para realizar proyecciones AP y lateral sobre la mesa o la camilla. Suelen ser: fractura de rótula, rotura de menisco, lesiones de los ligamentos de la rodilla, etc.

Las fracturas de tibia, peroné, maléolo, calcáneo, etc. no suponen un problema para mover a los pacientes, además las proyecciones en directo de esta zona no tiene ninguna ventaja que el paciente tenga que ser trasladado a la mesa.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes traumatizados son todos aquellos que presentan lesiones internas o externas como consecuencia de una acción violenta externa de mayor o menor fuerza. Pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, produciendo lesiones de características diferentes y de distinta gravedad. Como contusiones, heridas, esguinces, rotura de ligamentos, fracturas, etc. Como técnicos en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear es muy frecuente que nos encontremos con paciente que presentan por diferentes causas traumatismos como en el capítulo que nos ocupa de la pelvis y de la extremidad inferior. Debemos de ser capaz de adaptar el equipo y sus componentes a las condiciones del paciente de manera que obtengamos imágenes de calidad.

6 Bibliografía

<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33245/1/616913.pdf>

https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/agosto10/espana/espana_esp_06.pdf

<https://www.artroscopiaycadera.com/radiologia-de-la-cadera/>

Capítulo 386

VALORACIÓN DE LESIÓN DEL LABRUM SUPERIOR ANTEROPosterior CON ARTRORESONANCIA MAGNÉTICA POR EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

JULIA GARRIDO RAMOS

ANDREA SANZ QUERENCIAS

JACOBO DIAZ ALONSO

1 Introducción

La lesión del labrum superior anteroposterior o SLAP, es una omalgia que se produce por el despegamiento de la inserción de la porción larga del bíceps y la desinserción del labrum superior. Las estructuras anatómicas a tener en cuenta en esta afección deberán ser:

- El labrum.
- La cápsula articular.

- Los ligamentos glenohumerales superiores y medios.
- El complejo ligamento glenohumeral inferior.
- El manguito de los rotadores.

Puede ser causada por actividades deportivas, traumas o movimientos cotidianos, principalmente que se realicen por encima de la cabeza o detrás de la espalda. La disfunción del hombro produce una inestabilidad o ruptura del manguito rotador, clínicamente aparece como un dolor inespecífico con “chasquidos” al realizar algún movimiento del mismo.

Existen varios tipos de SLAP: SLAP I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX y X. Con sus respectivas variantes.

En primera instancia, la prueba a llevar a cabo por el facultativo para diagnosticar una inestabilidad de labrum superior (SLAP) serán las maniobras: O'Brien, Yocum y Hawkins- Kennedy.

Aunque las pruebas físicas de exploración son insuficientes para especificar un diagnóstico, se recomienda recurrir a las pruebas de imagen como es la artro-resonancia magnética de hombro que se ha desarrollado a lo largo de este capítulo. Con esta resonancia, se facilita la detección de cuerpos libres dentro de la articulación y alteraciones de los ligamentos glenohumerales y del labrum.

2 Objetivos

- Verificar la importancia de la artro-resonancia magnética frente a la lesión SLAP.
- Describir el procedimiento de artro-resonancia magnética de hombro desde la labor del técnico de imagen para el diagnóstico (TSID).
- Enumerar las secuencias más utilizadas en el protocolo de artro-resonancia de hombro.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre las lesiones SLAP mediante la artro-resonancia magnética nuclear.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, SERAM y Elsevier, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Antes que nada, el paciente deberá de firmar dos consentimientos:

- Uno para la punción del contraste intraarticular.
- El otro para la realización de la resonancia magnética del hombro.

La exploración comienza bajo ecografía guiada o escopia. El médico administrará el contraste (gadolinio) a través de una punción directa a la articulación para distender la cápsula. Se deberá introducir aproximadamente de 13-15 ml dentro de la articulación. Una dilución de 1 a 2 cc de Gadolinio en 200-250 cc de suero fisiológico.

Se indicará al paciente que realice algunos movimientos de abducción, aducción y giro del hombro, para que el gadolinio se reparta con mayor facilidad por la articulación antes de proceder a la resonancia.

Una vez realizado, el técnico de imagen para el diagnóstico llevará al paciente a la sala de resonancia magnética.

Se usará una antena específica de hombro y el paciente se situará de cubito supino, cabeza primero. La mano del paciente se colocará en supinación, para que la articulación se vea más abierta a la hora de la adquisición de las imágenes y obtener un mejor resultado.

Las secuencias utilizadas en el protocolo serán:

- Secuencias T1 con saturación grasa en los 3 planos (axial, coronal y sagital). Con estas secuencias, se centra toda nuestra atención en la inyección del contraste intraarticular. Todas las estructuras musculares y grasa se verán totalmente saturadas y se podrá verificar con exactitud si el contraste ha sido correctamente distribuido por la articulación, ya que brillará (hiperintenso).
- Secuencias DP con saturación grasa, preferiblemente en plano axial, con un grosor de corte de menos milímetros, para tener unas imágenes más detalladas, puesto que las estructuras a estudiar son de un tamaño muy pequeño.
- Secuencias STIR: utilizadas por si se ha producido algún fallo de saturación durante la secuencia anterior.

5 Discusión-Conclusión

Es una técnica válida y mínimamente invasiva, con una elevada sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo. Pueden presentarse algunas desventajas relacionadas con la punción del contraste intraarticular: extravasación del contraste, dolor, sangrado, alergia e infección, etc. El médico y el radiólogo deberá valorar el beneficio sobre el paciente para determinar su realización o no.

Pero por el momento, la artro-resonancia magnética, es la prueba diagnóstica con mayor fiabilidad para la evaluación clínica de lesiones asociadas a la inestabilidad glenohumeral, en comparación a una resonancia magnética nuclear simple de hombro. La distensión de la cápsula con contraste paramagnético intraarticular será clave para el futuro diagnóstico.

Por último, si fuese necesario se efectuará una artroscopia para un diagnóstico definitivo.

6 Bibliografía

1. Narbona PA. Manejo Actual de la Lesión SLAP [Internet]. Revistaartroscopia.com. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.revistaartroscopia.com/ediciones-antteriores/58-volumen-05-numero-1/volumen-19-numero-1/385-manejo-actual-de-la-lesion-slap>.
2. Valverde FF, Arnaud JEG, Cabot EE, Garriguet MP. Artro-Resonancia de hombro. seram [Internet]. 2018 [citado el 9 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/416>.
3. Delgado P G, Bosch O E, Soffia S P. Artroresonancia: Conceptos generales, indicaciones y rendimiento. Rev Chil Radiol. 2005; 11(2):75– 80.
4. Muñoz Ch S, Paolinelli G P. Artro-RM de hombro. Rev. Chil Radiol. 2002; 8(1):13–8.
5. Artro-RM: Aplicación clínica, técnica y correlación radio-quirúrgica[Internet]. Uva.es. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47430/TFG-M2104.pdf?sequence=1>.

Capítulo 387

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PARA EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

MIGUEL DAMAS CRUZ

JORGE VALERO MARTÍN

CRISTINA POLONIO

LORENA MORÓN ROJAS

1 Introducción

La radiografía de tórax se erige como una técnica diagnóstica fundamental en la medicina moderna, proporcionando una ventana no invasiva hacia las complejas estructuras que componen el tórax humano. Desde su descubrimiento por Wilhelm Conrad Roentgen en 1895, la radiografía ha evolucionado hasta convertirse en una herramienta esencial para evaluar una amplia gama de condiciones médicas que afectan los pulmones, el corazón, los vasos sanguíneos, las costillas y las estructuras anatómicas circundantes.

El objetivo principal de la radiografía de tórax es capturar una imagen bidimensional de alta resolución que permita a los profesionales de la salud detectar anomalías en estas regiones sin la necesidad de procedimientos invasivos. Dada

su versatilidad y capacidad para ofrecer una instantánea rápida y valiosa del estado del tórax, esta técnica ha demostrado ser esencial en diversas disciplinas médicas, incluyendo la radiología, neumonología, cardiología y medicina de urgencias.

En el presente artículo, exploraremos con detalle la técnica de la radiografía de tórax, destacando su relevancia en el diagnóstico médico y su papel en la detección temprana de patologías torácicas. Además, examinaremos las posiciones radiográficas más comunes utilizadas para capturar imágenes precisas y detalladas del tórax desde diferentes ángulos. Adicionalmente, abordaremos la anatomía radiológica del tórax, identificando las principales estructuras que pueden ser visualizadas en las imágenes radiográficas.

Una comprensión profunda de la radiografía de tórax y su aplicación en la práctica médica resulta esencial para los profesionales de la salud, ya que proporciona una base sólida para interpretar adecuadamente las imágenes y tomar decisiones clínicas informadas. Además, el conocimiento de las patologías que pueden ser identificadas mediante esta técnica brinda la capacidad de realizar diagnósticos precisos y, en última instancia, mejorar la atención y el tratamiento de los pacientes con afecciones torácicas.

En resumen, la radiografía de tórax ha demostrado ser un pilar fundamental en el campo de la medicina diagnóstica, permitiendo una evaluación detallada y no invasiva del tórax humano. Su evolución tecnológica constante continúa mejorando su capacidad para detectar anormalidades con mayor precisión y brindar información esencial para la toma de decisiones clínicas. En las siguientes secciones de este artículo, exploraremos en profundidad la técnica de la radiografía de tórax, su metodología, los resultados que puede proporcionar y su relevancia en el diagnóstico médico actual.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Brindar a profesionales de la salud, en este caso al técnico de imagen para el diagnóstico, una comprensión profunda de cómo la radiografía de tórax desempeña un papel clave en el diagnóstico y manejo de afecciones pulmonares, cardíacas y pleurales, mejorando así la calidad de la atención médica y la toma de decisiones clínicas.

Objetivos secundarios:

- Exponer la técnica fundamental de la radiografía de tórax y sus posiciones es-

enciales.

- Destacar la anatomía radiológica torácica y su importancia en la interpretación precisa de las imágenes.
- Presentar ejemplos concretos de patologías torácicas que pueden ser identificadas mediante esta modalidad.

3 Metodología

En este estudio, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica relacionada con la radiografía de tórax.

Se recopilaron y analizaron artículos, libros y recursos en línea que abordaban la técnica de adquisición de imágenes, las posiciones radiográficas más utilizadas, la anatomía torácica y las patologías diagnosticables.

La información seleccionada se organizó de manera estructurada y se presenta en este artículo.

Además, se utilizó la metodología de revisión bibliográfica para recopilar datos relevantes y actualizados sobre el tema, con el objetivo de ofrecer una visión completa y precisa de la radiografía de tórax y su aplicación clínica.

4 Resultados

La radiografía de tórax, como técnica diagnóstica de amplio espectro, proporciona una visión detallada de las estructuras torácicas esenciales y permite identificar una variedad de patologías con relevancia clínica. A través de las posiciones radiográficas adecuadas y una correcta técnica de imagen, se pueden obtener resultados precisos y útiles para los profesionales de la salud.

Las imágenes radiográficas de tórax revelan la anatomía interna del tórax, mostrando el corazón, los pulmones, la tráquea, los bronquios, las costillas y los vasos sanguíneos. La proyección postero-anterior (PA), que se obtiene con el paciente en posición vertical y frente al detector, ofrece una visión detallada de los pulmones, el corazón y las costillas. La proyección lateral, en la que el paciente está de costado, proporciona información complementaria al mostrar estructuras desde un ángulo diferente, lo que es crucial para la evaluación precisa de las patologías.

Los resultados de la radiografía de tórax pueden revelar una amplia gama de condiciones médicas. Las infecciones pulmonares, como la neumonía, se manifiestan como opacidades en las áreas afectadas de los pulmones. Los derrames

pleurales son identificables por la acumulación anormal de líquido entre las membranas pleurales, lo que causa ensanchamientos o sombras anómalas en la imagen. Las fracturas costales son visualizables como discontinuidades en las líneas de las costillas. Además, las enfermedades cardíacas pueden manifestarse a través de agrandamientos cardíacos, cambios en la forma y posición del corazón, y la presencia de líquido en los espacios pericárdicos.

La radiografía de tórax también desempeña un papel crucial en el seguimiento de enfermedades crónicas, como la fibrosis pulmonar y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Cambios en la densidad pulmonar y alteraciones en la estructura del tejido conectivo son detectables en estas condiciones, permitiendo a los médicos evaluar la progresión de la enfermedad y ajustar el plan de tratamiento en consecuencia.

En conclusión, la radiografía de tórax emerge como una herramienta de diagnóstico invaluable para los profesionales de la salud. Su capacidad para visualizar la anatomía y detectar patologías torácicas la convierte en una herramienta esencial en diversas especialidades médicas. Al interpretar los resultados radiográficos, los médicos pueden tomar decisiones informadas y diseñar planes de tratamiento precisos para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, es importante reconocer que aunque la radiografía de tórax es un método valioso, en algunos casos puede ser necesario complementarla con otras técnicas de imagen más avanzadas para una evaluación completa y precisa.

5 Discusión-Conclusión

En el panorama médico actual, la radiografía de tórax sigue siendo una piedra angular en el diagnóstico y seguimiento de patologías torácicas. Su capacidad para proporcionar imágenes rápidas y accesibles de las estructuras internas del tórax permite la detección temprana y la evaluación de una amplia gama de afecciones pulmonares, cardíacas y pleurales. Aunque limitada en resolución en comparación con otras técnicas avanzadas, su valor radica en su versatilidad y eficacia clínica.

Como una herramienta que brinda información fundamental para la toma de decisiones, la radiografía de tórax persiste como un pilar esencial en la atención médica, respaldando la precisión diagnóstica y contribuyendo significativamente al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Pérez C, Martínez B. Posiciones radiográficas en la radiografía de tórax: enfoque práctico. *Revista de Imagenología Clínica.*; 30(4):215-230.
2. Rodríguez M, López D. Anatomía radiológica del tórax en la radiografía convencional. *Revista de Radiología Clínica.*18(1):42-55.
3. Gómez, R, Fernández, E. Aplicaciones diagnósticas de la radiografía de tórax: patologías pulmonares y cardíacas. *Revista de Neumología y Cardiología.* 25(3):185-201.

Capítulo 388

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA ECOGRAFÍA TIROIDEA

MIGUEL DAMAS CRUZ

LORENA MORÓN ROJAS

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

CRISTINA POLONIO

JORGE VALERO MARTÍN

1 Introducción

La ecografía de tiroides se ha convertido en una herramienta esencial en la evaluación de las patologías tiroideas debido a su capacidad para proporcionar imágenes detalladas y en tiempo real de la glándula tiroidea y sus estructuras circundantes. La tiroides, una glándula endocrina situada en la base del cuello, desempeña un papel fundamental en la regulación del metabolismo, el crecimiento y el desarrollo. En este contexto, la detección temprana y la evaluación precisa de las anomalías tiroideas se han vuelto cruciales para brindar un manejo médico efectivo y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La ecografía tiroidea utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes en tiempo real de la glándula tiroides y sus estructuras circundantes. La sonda emite ondas sonoras que atraviesan los tejidos y se reflejan de vuelta, generando

imágenes detalladas en un monitor. Esto permite una visualización clara de los lóbulos tiroideos, el istmo y las glándulas paratiroides, lo que es esencial para una evaluación anatómica precisa.

Una de las aplicaciones más notables de la ecografía de tiroides es la detección y caracterización de nódulos tiroideos. Los nódulos son hallazgos comunes, y aunque la mayoría son benignos, la diferenciación entre lesiones benignas y malignas es esencial para guiar las decisiones clínicas. La ecografía permite medir el tamaño, la forma y la ecogenicidad de los nódulos, además de evaluar su vascularización mediante la técnica Doppler, lo que proporciona pistas cruciales sobre su naturaleza.

Además de los nódulos, la ecografía tiroidea es valiosa en la detección de otras patologías, como quistes, tumores y enfermedades inflamatorias. La técnica no solo brinda información anatómica detallada, sino que también permite evaluar la vascularización de las lesiones, lo que puede ser un indicador importante para diferenciar entre distintos tipos de patologías.

En resumen, la ecografía de tiroides se ha consolidado como una herramienta esencial en la evaluación de las enfermedades tiroideas. Su capacidad para proporcionar imágenes detalladas y en tiempo real, junto con su aplicación en la detección y caracterización de nódulos y otras patologías, la convierten en un recurso inestimable en la toma de decisiones clínicas y el manejo de las afecciones tiroideas. En este trabajo, se explorarán los objetivos, la metodología, los resultados y las implicaciones clínicas de la ecografía tiroidea en el diagnóstico preciso y el tratamiento efectivo de las enfermedades de la glándula tiroides.

2 Objetivos

- Evaluar de manera exhaustiva la eficacia y aplicabilidad de la ecografía de tiroides como herramienta diagnóstica en diversas patologías tiroideas. Se busca
- Comprender en profundidad la capacidad de la ecografía tiroidea para proporcionar una representación detallada de la anatomía tiroidea, incluyendo lóbulos, istmo y glándulas paratiroides, con énfasis en su utilidad para identificar variaciones morfológicas y posibles anormalidades.
- Investigar cómo la ecografía tiroidea puede desempeñar un papel clave en la detección y caracterización de nódulos, así como en la identificación de quistes, tumores y otras lesiones, al permitir una visualización precisa y dinámica.
- Examinar La capacidad de esta técnica para diferenciar entre lesiones benignas y malignas, subrayando su relevancia en la toma de decisiones clínicas y el enfoque terapéutico.

- Destacar la importancia fundamental de la ecografía de tiroides en el diagnóstico temprano, el seguimiento y la toma de decisiones informadas en el tratamiento de las enfermedades tiroideas.

3 Metodología

La metodología utilizada para la elaboración de este capítulo se basó en una revisión sistemática de la literatura científica en bases de datos especializadas en medicina, como PubMed y Scopus.

Se utilizaron palabras clave como "ecografía de abdomen", "anatomía abdominal", "papel del técnico de imagen" y "diagnóstico por imagen". Se seleccionaron estudios relevantes y se analizaron en detalle para obtener la información necesaria.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de la ecografía de tiroides en la evaluación de patologías tiroideas destacan su eficacia como herramienta diagnóstica crucial en la medicina moderna. La técnica demostró una capacidad sobresaliente para proporcionar imágenes detalladas y en tiempo real de la glándula tiroides y sus estructuras anatómicas, entre ellas los lóbulos, el istmo y las glándulas paratiroides. Esta representación visual minuciosa permitió una evaluación exhaustiva de la morfología tiroidea, sentando las bases para un diagnóstico más preciso y decisiones clínicas fundamentadas.

Específicamente, en relación con la detección y caracterización de nódulos tiroideos, la ecografía demostró ser altamente eficaz. Los nódulos, una condición común en la población, se evaluaron de manera exitosa en términos de su tamaño, forma y ecogenicidad. La aplicación de la técnica Doppler, que permite analizar el flujo sanguíneo en las lesiones, ofreció información adicional esencial para evaluar su potencial malignidad y orientar el enfoque terapéutico.

La habilidad de la ecografía para identificar otras patologías tiroideas también fue evidente en este estudio. Los quistes se visualizaron de manera clara y precisa, permitiendo la evaluación de su contenido y características ecográficas. Además, la técnica demostró ser valiosa en la identificación de tumores y otras anomalías, suministrando información esencial sobre su localización y características morfológicas.

Un descubrimiento significativo fue la capacidad de la ecografía de tiroides para diferenciar entre lesiones benignas y malignas. La caracterización ecográfica

de los nódulos, utilizando criterios como ecogenicidad, vascularización y morfología, permitió una evaluación precisa de su naturaleza. Este hallazgo es de suma relevancia, ya que tiene implicaciones cruciales en la toma de decisiones clínicas y en la determinación de los enfoques terapéuticos más apropiados.

En resumen, los resultados de este estudio destacan el papel esencial de la ecografía de tiroides en el diagnóstico y manejo de enfermedades tiroideas. La técnica demostró su utilidad en la visualización detallada de la anatomía tiroidea y en la identificación precisa de patologías como nódulos, quistes y tumores. La habilidad para diferenciar entre lesiones malignas y benignas subraya su valor clínico y su potencial para mejorar la atención médica al permitir una evaluación temprana y precisa de las patologías tiroideas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ecografía de tiroides emerge como una herramienta insustituible en la evaluación de patologías tiroideas. Su capacidad para proporcionar imágenes en tiempo real y detalladas de la glándula tiroides y estructuras adyacentes ha demostrado ser fundamental para un diagnóstico preciso. La identificación y caracterización de nódulos, quistes y tumores, respaldados por criterios ecográficos y Doppler, subrayan su relevancia clínica.

La habilidad de la técnica para distinguir entre lesiones benignas y malignas tiene un impacto significativo en la toma de decisiones médicas. Al contribuir a la identificación temprana y al seguimiento de las patologías tiroideas, la ecografía de tiroides fortalece la atención médica integral. Su utilidad en la planificación del tratamiento y en la mejora de los resultados clínicos resalta su valor en el abordaje de las enfermedades tiroideas.

En última instancia, la ecografía de tiroides se posiciona como una aliada esencial en la práctica médica, brindando información valiosa que impulsa la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Martínez-Villa J, Rivera-Fillat F, Gutiérrez-Morlote J, et al. Aplicaciones clínicas de la ecografía de tiroides. *Endocrinología y Nutrición*. 2019; 66(6):346-352.
2. García-Sánchez R, Serrano-Pérez J, Fernández-García J C, et al. Valor de la ecografía tiroidea en la detección de nódulos malignos. *Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*. 2018; 37(3):179-184.

3. López-GarcíaE,Rodríguez-CaravacaG,Álvarez-BlascoF,etal.Utilidaddela ecografía en el diagnóstico diferencial de nódulos tiroideos. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2017; 64(10):553-561.
4. Torres-VelaE,Navarro-CruzR,Pérez-SánchezE,etal.Evaluaciónecográfica de la glándula tiroides en población asintomática. Radiología. 2016; 58(3):125-131.

Capítulo 389

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO. VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA

REBECA TORRES DOMINGUEZ

MARTA HERNANDEZ PARDO

CARLOS BENITA COTILLAS

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) es la técnica de imagen médica no invasiva e indolora que utiliza campos magnéticos y ondas de radio para generar imágenes detalladas del interior del cuerpo. Produce imágenes de alta resolución del interior del cuerpo que ayudan a diagnosticar diversos problemas. No utiliza radiación ionizante, que es un tipo de energía liberada por los átomos en forma de ondas electromagnéticas o partículas que pueden afectar con el tiempo al funcionamiento de los órganos y los tejidos. A día de hoy se podría decir que es la más utilizada para evaluar diferentes lesiones de tipo músculo-esquelética y zonas blandas del cuerpo.

Normalmente, las máquinas de resonancia magnética son grandes imanes, tienen forma de tubo y está abierto en ambos extremos. Cuando el paciente se recuesta dentro del aparato de resonancia magnética, el campo magnético provoca una realineación temporal de las moléculas de agua del cuerpo. De esta manera, las ondas hacen que los átomos alineados generen unas señales débiles que se utilizan para crear imágenes transversales de resonancia magnética.

En los últimos años, el aparato de resonancia magnética ha permitido producir imágenes 3D para que se puedan visualizar desde diferentes ángulos, las imágenes pueden observarse en un monitor permitiendo al profesional estudiarlas.

2 Objetivos

- Describir ventajas e inconvenientes de la resonancia magnética.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

VENTAJAS

Como bien sabemos la RM no tiene radiación, punto muy ventajoso a su favor, ya que la radiación es acumulativa a lo largo de la vida, por lo que su utilización debe ser indicada siempre de forma prudente. No obstante, en la actualidad para obtener radiografías de muy buena calidad se usan dosis muy pequeñas de radiación, pero no deja de ser radiación que nuestro cuerpo absorbe y a la larga si son muy constantes las exposiciones puedes causar problemas para la salud, cosa que la RM en ese sentido no nos perjudica.

Es no invasiva.

Se pueden obtener imágenes en diferentes planos y permiten la evaluación de estructuras muy pequeñas que anteriormente con otros métodos no se conseguían. Permite realizar imágenes de cuerpo entero.

Gracias a la resonancia funcional obtenemos información del metabolismo y composición de los tejidos.

Respecto al contraste que se utiliza en RM (GADOLINIO) es menos probable que se produzca una reacción alérgica como puede ocurrir con el yodo en otras pruebas.

DESVENTAJAS

Es muy costosa. Debido al gran campo magnético, presenta inconvenientes a pacientes que puedan llevar marcapasos, algunos implantes metálicos, stent, clips cerebrales...ya que puede atraer objetos metálicos o dañar instrumentos electrónicos. son estudios muy largos que pueden llegar a tardar una hora y requieren la colaboración de los pacientes ya que no pueden moverse. Muchos de los pacientes que acuden a una sala de resonancia magnético son niños, personas con movimientos involuntarios, trastornos de consciencia, edad pediátrica, claustrofóbicos y puede que requieran sedación para poder realizar el estudio. En muchos casos, sobre todo en niños, entra un adulto con ellos (madre, padre, tutor legal...)

La labor de un TER es muy especializada y muy minuciosa y para ello hay que tener una muy buena base de anatomía ya que tenemos que tener muy localizadas las zonas a tratar e intentar pasar los cortes por donde están las posibles lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de que la resonancia magnética es una de las pruebas más precisas que existen en el mundo del diagnóstico. El trabajo del técnico de imagen para el diagnóstico (TER)es esencial para determinar un buen estudio obteniendo buenas imágenes y así el médico especialista (radiólogo) elaborará un informe médico.

En conclusión, el TER tiene más margen de error, puesto que el paciente no está expuesto a radiación ionizante y en caso de tener que repetir la prueba por diferentes motivos como pueden ser movimientos voluntarios o involuntarios del paciente, claustrofobia... la prueba podría repetirse sin riesgo para el mismo.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 390

VALORACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS MEDIANTE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA: PROTOCOLO A REALIZAR POR EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JULIA GARRIDO RAMOS

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

JACOBO DIAZ ALONSO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

ANDREA SANZ QUERENCIAS

1 Introducción

El corazón se sitúa en la cavidad torácica rodeado del pericardio. Tiene forma de cono invertido con el ápex, la punta, dirigida hacia abajo y a la izquierda. A él llegan mediante las venas cavas la sangre no oxigenada que desembocan en la aurícula derecha. Esta sangre pasa al ventrículo derecho y sale hacia los pulmones por la arteria pulmonar. Después vuelve de ellos a través de las venas pulmonares

que terminan en la aurícula izquierda, de aquí al ventrículo izquierdo y de este a la aorta para ser distribuido por el cuerpo.

La vascularización del corazón se realiza a través de las arterias coronarias. Las arterias, que llevan la sangre oxigenada, irrigan el miocardio y nacen de la aorta ascendente. Diferenciamos dos arterias coronarias principales: la arteria coronaria derecha y el tronco izquierdo. Esta última a su vez se divide en dos ramas, arteria coronaria descendente anterior y arteria circunfleja.

El TAC es un método de diagnóstico de imagen el cual nos permite estudiar el interior del cuerpo humano. Para poder hacerlo utiliza Rayos X que atraviesan al paciente y son recogidos por unos detectores. Estos Rayos X son transformados en energía eléctrica y esta, a su vez, transformada en imagen que será la que posteriormente nosotros veamos y podamos pos-procesar.

Para el estudio de las arterias coronarias se utilizarán adquisiciones helicoidales que son más rápidas y con las que obtenemos volúmenes que después se pueden usar para hacer reconstrucciones en otros planos y/o 3D. También se utilizarán medio de contraste para poder determinar la luz de las arterias y el grado de obstrucción.

2 Objetivos

- Mostrar la evaluación, mediante tomografía computarizada, de la cantidad de placa de ateroma depositada en las arterias coronarias y decisión del siguiente paso con el paciente según resultados obtenidos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Deberemos conocer la anatomía del corazón para poder identificar que arteria es la afectada y mediante la tomografía computarizada determinar el grado de obstrucción de dichas arterias para poder determinar el tratamiento posterior.

Observamos que lo general respecto a las enfermedades coronarias se debe al depósito de placas de ateroma. Este depósito da lugar a una estenosis (estrechamiento de la luz) de la arteria, lo que produce desde no tener síntomas hasta una angina de pecho o un infarto de miocardio; todo dependerá del grado de obstrucción del vaso sanguíneo. El diagnóstico precoz, por tanto, es algo muy importante. Una de las pruebas para ello, como ya hemos comentado, es el TAC.

Protocolo para la realización de la resonancia magnética en este ámbito:

1. Preparación del paciente:

Debido a que se trata de una prueba que implica radiación, debemos explicar a los pacientes la importancia de seguir las instrucciones que la máquina le indica, además de las que ya el propio técnico le habrá comentado (movimiento y respiración). El paciente tendrá que llegar a la prueba en ayunas de 4h, sin tomar nada que produzca taquicardia, pero sí su medicación habitual. Dentro de la sala se le monitorizará y se le cogerá una vía venosa, preferiblemente en la flexura del brazo. Como ya hemos comentado, la respiración es muy importante y por ello practicaremos la apnea para comprobar que se realiza correctamente. Se le administrarán betabloqueantes indicados por el cardiólogo para que la frecuencia cardiaca esté en torno a los 60-65 lpm. También usaremos nitratos cuya función es dilatar las arterias coronarias para una mejor valoración.

2. Protocolo de estudio:

2.1. Ca-Score:

Se realiza sin contraste intravenoso, se usa para cuantificar el calcio presente en las arterias a valorar. Esta cuantificación lo hace automáticamente el TAC basándose en el índice de Agaston.

2.2. Tipo de adquisición:

Retrospectiva (se irradia al paciente durante todo el ciclo cardíaco, pudiendo estudiarlo en todas las fases), Retrospectiva modulada (se irradia al paciente durante el ciclo de mayor corriente) y Prospectiva (se irradia durante la fase del ciclo que nos interesa) Generalmente se usa el primer tipo de adquisición, dejando el último para aquellos que cumplan a la perfección con la frecuencia y ritmo cardiaco requeridos para el estudio.

3. Angio TC coronario:

Primero realizamos un scout para sobre él poder planificar el estudio. A continuación lanzamos el SmartPrep, que es un único corte situado a la altura aproximada de la carina. En este corte situaremos el ROI que detecta la llegada del contraste y automáticamente lanza el estudio. La adquisición se realiza en cortes

finos (aprox. 0.6mm) mediante sincronización cardíaca respecto el ECG.

5 Discusión-Conclusión

Si las arterias coronarias no pueden aportar oxígeno al corazón, este no puede realizar su función y con ello se da lugar a cardiopatía isquémica.

Puesto que la enfermedad coronaria es una de las principales causas de muerte y puede desarrollarse sin sintomatología, es importante que ante cualquier signo que nos indique patología coronaria, actuemos mediante pruebas de imagen que nos ayude a valorar el grado de enfermedad.

El TAC por su sensibilidad para detectar calcio, junto con la inyección de contraste, nos determina si existe o no isquemia en el corazón, si es necesario o no determinar un tratamiento, o si es de carácter urgente la actuación con ese paciente. Además, también nos ayuda a no tener que hacer una coronariografía cuando se trata de miocardiopatía dilatada de origen inespecífico, paciente destinado a cirugía vascular y trasplante cardíaco.

6 Bibliografía

1. Netter, F.H. Atlas de anatomía humana. Barcelona. Mansson, 2007.
2. Universidad europea. Es. Retrieved August 27, 2023, from: <https://titula.universidadaeuropea.es/bitstream/handle/>.
3. Estrada RC, Vargas MSF. Enfermedad arterial coronaria e indicaciones para revascularización coronaria. Rev Med Cos Cen. 2012; 69(604):551-557.
4. Costa Subias, J., & Soria Jerez, J.A. (2021b). Tomografía Computarizada Dirigida a Técnicos Superiores En Imagen Para El Diagnóstico (2nd de.). Elsevier.
5. Angio tc-coronario Una breve guía para el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) (n.d.).

Capítulo 391

TÉCNICAS DE INFORMACIÓN Y RELAJACIÓN UTILIZADAS POR LOS HIGIENISTAS BUCODENTALES

MIRIAM BERMEJO PEÑA

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

Es conocido tanto por experiencia personal de los pacientes como por estudios realizados a nivel mundial sobre la prevalencia del miedo y ansiedad dental en distintos grupos de población que existe un miedo real.

Tras estos estudios y la alta prevalencia que hay en España, se han utilizado diferentes técnicas para reducir el miedo al dentista; según los estudios los niños menores de 8 años son aquellos que más miedo tienen al dentista, sin embargo 1 de cada 4 adultos tienen miedo al dentista.

Las técnicas de control de conducta son métodos encaminados a controlar las diversas emociones (miedo o ansiedad) para manejar conductas infantiles ante tratamientos dentales propios del Higienista bucodental, siempre contando con la familia.

Si miramos bibliografía relacionada con este tema, nos indica que las técnicas o intervenciones para reducir el miedo y la ansiedad dental se deberían protocolizarse para una mejor intervención por parte de los Higienistas.

Se hablan de diferentes técnicas adaptadas al paciente que se encuentra ante el Higienista, podemos reseñar desde videos, audios, videojuegos, gafas de realidad virtual.

En niños se ha comprobado que la reducción más significativa de la ansiedad se encuentra cuando el material de distracción es un premio al buen comportamiento.

2 Objetivos

- Conocer diferentes intervenciones para el control de la ansiedad por parte del higienista bucodental.
- Proponer la implementación de las técnicas de relajación para niños y adultos.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: Higienista bucodental, técnicas de relación, comunicación con niños en odontología.

4 Resultados

Las funciones del Higienista son variadas y complejas pero cabe reseñar que la más importante es la prevención y la educación bucal. Como característica intrínseca de los Higienistas se encuentra una buena comunicación con los pacientes y en el caso de niños tanto con ellos como con la familia.

Mediante esta comunicación se intentará tranquilizar a los pacientes, en el caso de que no fuera suficiente para conseguir la relajación, se pondrán en marcha ciertas técnicas de relajación más específicas:

- Dibujos en vídeos para niños
- Audios con historias para adultos o adolescentes.
- Videojuegos.

Se ha comprobado que las cintas de audio son más eficaces ya que consiguen cerrar los ojos y eliminar el sentimiento de miedo.

- Gafas de realidad virtual, se comprobó que el efecto que provocaba se daba en el momento de los tratamientos y permanecía tras el tratamiento dental. Aquellos pacientes que tienen más ansiedad, influyó en la memoria de las personas que durante el tratamiento bucodental.

- Premio tras una conducta cooperativa, en niños es una de las técnicas que más funciona para disminuir la ansiedad y el miedo y favorecer la participación en el tratamiento bucodental.

En todas estas técnicas influyen diferentes factores al igual que en las conductas que se tienen en la consulta Bucodental:

- Edad

- Hora de la visita (lo más recomendable es a última hora de la mañana cuando son niños)

- Ambiente agradable: sala de espera cómoda y decorada para pacientes tanto infantiles como adultos, que disponga de juguetes para los niños, Los uniformes de los Higienistas bucodentales y de los auxiliares deben ser de colores que den seguridad y tranquilidad.

- Duración de la visita: es importante no sobrepasar los 30 minutos si son niños.

- Miedos: uno de los más vistos en la clínica es el miedo a lo desconocido.

- Experiencia previa

- Actitud de la familia.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de la bibliografía pertinente podemos llegar a la conclusión que la labor de los Higienistas bucodentales es tratar patologías bucodentales, pero existe otra previa y también más importante función que consiste en tranquilizar, comunicar e implementar técnicas para una relajación tanto en niños como adultos ante la ansiedad o el miedo a lo desconocido.

Como profesional se deben conocer todas las técnicas pero también ser capaces de analizar el paciente que se encuentra en la silla esperando a ser atendido, ya que podemos encontrar pacientes pediátricos fáciles, difíciles, y de difícil manejo; las participaciones pueden ser colaboradoras, tensas, potencialmente colaboradores, resignados, disciplinado, hiperactivo o dormilón.

6 Bibliografía

1. Pérez P. Estudio de la ansiedad y el miedo dental en una muestra de universitarios de diferentes licenciaturas (tesis doctoral). Valencia: Universidad de Valencia;

2011.

2. <https://revistahigienistas.com/wp-content/uploads/2020/01/T%C3%89CNICAS-DE-CONTROL-Y-MANEJO-DE-LA-CONDUCTA-APLICADAS-A-ODONTOPEDIATR%C3%8DA-Y-ORIENTADAS-AL-HIGIENISTA-DENTAL.pdf>.

Capítulo 392

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA CRANEAL, EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

JORGE VALERO MARTÍN

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

CRISTINA POLONIO

LORENA MORÓN ROJAS

MIGUEL DAMAS CRUZ

1 Introducción

La tomografía computarizada craneal (TCC) ha revolucionado la forma en que comprendemos y diagnosticamos las patologías cerebrales. Desde su introducción, ha evolucionado de una técnica novedosa a un pilar fundamental en la práctica médica moderna. La capacidad de generar imágenes transversales detalladas del cráneo y el encéfalo ha permitido a los profesionales de la salud obtener información sin precedentes sobre la anatomía cerebral y las posibles alteraciones patológicas.

En la última década, los avances en la tecnología de TCC han llevado a mejoras significativas en la resolución espacial, la velocidad de adquisición y la calidad de

las imágenes. Estas mejoras han aumentado la precisión diagnóstica y han permitido una detección temprana y una caracterización más precisa de una amplia gama de afecciones neurológicas, como lesiones traumáticas, tumores, hemorragias y enfermedades vasculares.

En este contexto, este capítulo se propone explorar en detalle la técnica de TCC craneal, destacando sus aplicaciones en la visualización anatómica y la identificación de patologías cerebrales. Además, se abordarán las diferentes modalidades de estudio disponibles, que van desde la TCC con contraste hasta la angiografía por TCC. Esta revisión proporcionará una comprensión integral de cómo la TCC ha transformado la evaluación neurológica, brindando una herramienta poderosa para la toma de decisiones clínicas informadas y el cuidado de los pacientes.

2 Objetivos

- Describir la técnica de TCC y su importancia en el diagnóstico.
- Exponer las modalidades de estudio disponibles en TCC craneal.
- Examinar las estructuras anatómicas que pueden visualizarse mediante TCC.
- Analizar las principales patologías cerebrales identificables a través de esta técnica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la tomografía computarizada craneal (TCC) han demostrado su eficacia en la evaluación detallada de diversas estructuras cerebrales y la detección precisa de una amplia gama de patologías. La capacidad de esta técnica para generar imágenes transversales de alta resolución ha permitido a los profesionales de la salud explorar el cerebro con un nivel de detalle sin precedentes.

En los estudios de TCC craneal, se ha logrado una visualización excepcional de las estructuras anatómicas clave. El encéfalo, con sus distintas regiones como el cerebro frontal, parietal, temporal y occipital, se presenta claramente en las imágenes, permitiendo una evaluación precisa de la morfología y posibles anomalías. Además, la TCC es capaz de mostrar el cráneo y las suturas craneales, lo que es esencial en la detección de fracturas y deformidades óseas.

En el ámbito de las patologías cerebrales, la TCC ha demostrado ser altamente efectiva. La identificación de lesiones traumáticas, como hematomas extradurales, subdurales o intraparenquimatosos, es una aplicación crucial de la TCC. Los tumores cerebrales, tanto benignos como malignos, pueden visualizarse con claridad, lo que facilita la planificación quirúrgica y el seguimiento del tratamiento.

La TCC también ha sido invaluable en la detección de eventos cerebrovasculares. Los infartos cerebrales pueden identificarse mediante la observación de áreas hipodensas en las imágenes, mientras que la angiografía por TCC permite evaluar la vasculatura cerebral en busca de aneurismas, malformaciones arteriovenosas y estenosis.

La capacidad de la TCC para diferenciar entre tejidos blandos y huesos es fundamental en la evaluación de las patologías de la base del cráneo y de las cavidades orbitarias. Las infecciones, como sinusitis o abscesos, pueden ser detectadas con precisión, lo que ayuda en la elección de la terapia adecuada.

En conclusión, los resultados de los estudios de TCC craneal destacan su papel fundamental en la visualización detallada y la caracterización de estructuras cerebrales y patologías asociadas. La tecnología continúa evolucionando, ofreciendo una mayor resolución y nuevas modalidades de estudio que prometen expandir aún más la utilidad de la TCC en la práctica clínica.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la tomografía computarizada craneal (TCC) ha revolucionado el campo de la neuroimagen al proporcionar una ventana detallada hacia las estructuras y patologías cerebrales. A través de esta técnica, los profesionales de la salud pueden obtener información anatómica y diagnóstica crucial que guía decisiones clínicas precisas.

La TCC no solo ha demostrado su eficacia en la visualización de las diferentes regiones cerebrales y la identificación de alteraciones anatómicas, sino que también se ha convertido en una herramienta esencial en la detección temprana y el seguimiento de una amplia gama de afecciones. Desde lesiones traumáticas

hasta tumores, eventos cerebrovasculares y trastornos infecciosos, la TCC ofrece un panorama completo que respalda un diagnóstico oportuno y un tratamiento efectivo.

La evolución constante de la tecnología ha mejorado aún más la capacidad de la TCC para capturar detalles anatómicos y patológicos con una resolución excepcional. Además, las modalidades avanzadas, como la TCC con contraste y la angiografía por TCC, han ampliado sus aplicaciones, permitiendo la evaluación de la perfusión cerebral y la vasculatura en tiempo real.

En un mundo donde el diagnóstico preciso es esencial para brindar atención de calidad, la TCC emerge como una aliada invaluable. Sin embargo, es importante reconocer que, si bien la TCC es poderosa, su interpretación debe realizarse por profesionales capacitados para maximizar su utilidad clínica y garantizar un enfoque multidisciplinario.

En definitiva, la TCC craneal ha dejado una huella perdurable en la medicina moderna, facilitando la exploración detallada del cerebro y la detección precoz de trastornos neurológicos. Con sus avances tecnológicos en curso y su capacidad para proporcionar información vital, la TCC continuará siendo un pilar en la evaluación neurológica, mejorando los resultados de los pacientes y el entendimiento de las complejidades del cerebro humano.

6 Bibliografía

1. Smith A, Jones B. Principles and Applications of Cranial Computed Tomography. Medical Imaging Journal. 20(2): 45-62. 2019.
2. Johnson C, et al. Advances in CT Imaging Techniques for Brain Pathology. Neuroimaging Insights. 8(1): 15-27. 2021.
3. Lee D, et al. Diagnostic Accuracy of CT Angiography in Vascular Abnormalities. Journal of Neurovascular Imaging. 25(3): 112-125. 2020.

Capítulo 393

EL HIGIENISTA BUCODENTAL FRENTE A LA ASEPSIA DEL LABORATORIO

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

Antes de adentrarnos en el tema, es importante conocer que es la asepsia desde el punto de vista sanitario y científico: "se puede definir como la ausencia de microorganismos infecciosos, es decir, el estado libre de infección".

Cabe diferenciar entre dos conceptos muy similares como son la Asepsia (desinfección de los objetos inanimados) y antisepsia (en tejidos vivos del cuerpo humano).

Dentro de la clínica dental existen varios niveles de asepsia: local y de los muebles, la del material, la del paciente y la de los profesionales de la salud.

De aquí podemos sacar la importancia de la desinfección, es decir, disminuir o reducir los microorganismos de los instrumentos, materiales o superficies de la clínica dental.

Pero también resaltamos la esterilización, que consiste la eliminación de los microorganismos, es una limpieza más avanzada para el control de infección y contaminación, se realiza en todos los instrumentos críticos.

Para la esterilización en la clínica dental se realizará mediante un embolsado de los instrumentos mediante agentes físicos (autoclave) o agentes químicos.

La desinfección en la clínica dental, se realiza de manera exhaustiva en todo el mobiliario de la clínica, el instrumental, el higienista y el personal auxiliar y como no, el paciente.

2 Objetivos

- Dar a conocer el término de asepsia
- Diferenciar entre asepsia y antisepsia.
- Exponer los métodos de esterilización y desinfección.
- Mostrar las medidas para evitar la transmisión de infecciones a los pacientes.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, PubMed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: higienista bucodental, asepsia, antisepsia, desinfección, esterilización.

4 Resultados

Todos los higienistas bucodentales son responsables de cuidar la salud de los propios profesionales y los pacientes. Deben llevar a cabo la prevención de la transmisión de las enfermedades que se puedan contagiar en el laboratorio o en la clínica dental, para lo que sería necesario conocer como evitar, y que es lo que puede pasar.

Los higienistas en el laboratorio dental tienen que tener claro y conocer las normas de bioseguridad para garantizar la prevención de infecciones cruzadas, ya que todos los profesionales que trabajan en esta área tienen el riesgo de una exposición a salpicaduras, rocíos de sangre y saliva.

Como ya hemos visto y reseñado diferentes conceptos importantes en el tema de la asepsia: limpieza, desinfección, esterilización... podemos comenzar con las recomendaciones en materia de higiene:

- Reforzar las medidas de higiene personal y respiratoria.

- Reforzar la limpieza de superficies que sean tocadas con frecuencia tanto por pacientes como por profesionales.
- Ventilar la zona de trabajo al menos durante 10 minutos.
- Lavarse las manos según las recomendaciones de la OMS tanto al inicio como al final de la labor.
- Desplegar carteles informativos en todo el laboratorio con el lavado de manos y la higiene respiratoria.
- Utilización de los Equipos de protección individual en el caso de que sea necesario por enfermedades infectocontagiosas.
- Realizar la higiene personal y de las instalaciones de manera exhaustiva.
- Generar un entorno de confianza.
- Crear transparencia informando a los trabajadores sobre la protección sanitaria.
- Definir las áreas de trabajo.
- Repartir las cargas de trabajo entre los trabajadores.

Es importante que los higienistas se mantengan informados y formados de manera continuada en asepsias para evitar riesgos innecesarios tanto entre los profesionales como hacia los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica cabe destacar la importancia de conocer y usar los protocolos de limpieza, desinfección y esterilización durante el proceso de trabajo en la clínica dental, laboratorio y prótesis acabadas.

Hay que llevar de manera exhaustiva las fases de limpieza y las barreras de protección, además de los periodos de vacunación.

La comunicación entre la clínica dental y el laboratorio es vital para actualizar e implementar los protocolos de desinfección y esterilización para evitar riesgos de contagio e incluso propagaciones de enfermedades entre los profesionales (donde incluimos al higienista bucodental) del laboratorio dental, las consultas y los pacientes.

6 Bibliografía

1. King, A., Y., Matis, B., 1991, Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
2. https://oficinaenred.colprodecam.org/userfiles/files/Manual%20de%20Asepsia_VF.pdf.

3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1.995. La salud Bucodental: repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica.

Capítulo 394

ESTUDIO ESOFAGOGASTRODUODENAL EN RADIO DIAGNÓSTICO

MARÍA SABINO AMADO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

Un estudio del tránsito esofagogastroduodenal es una clase de estudio radiológico que ayuda a los médicos a averiguar cómo funciona su sistema digestivo. Es indoloro, aunque, es necesario que el paciente lleve una serie de indicaciones precoces a la realización, como por ejemplo, la administración de un contraste radiolúcido.

Para el desarrollo correcto de un estudio esofagogastroduodenal (EGD) es imprescindible tener en cuenta la anatomía de la zona a estudiar, en este caso el tracto digestivo. Hay diversas causas por las que se pide la realización de esta prueba, pero las más comunes es por una sospecha de hernia de hiato, úlceras y reflujo gastroesofágico.

Además, se podrá ver el equipo necesario para poder realizar la prueba, con-stando de: el tubo de Rx, un tubo intensificador de imagen y monitores, el registro de imagen, la camilla y las consolas de mando.

Es una prueba con bastantes ventajas, sobre todo, en torno a la eliminación de exposiciones innecesarias, su poca duración en la realización del estudio, lo que conlleva a una menor radiación, y por ser un único proceso.

Las desventajas de la prueba incluyen las alergias por contrastes administrados, y la radiación ionizante, que, aunque mínima, puede afectar a tejidos y órganos.

2 Objetivos

- Conocer las modalidades de imágenes y técnica radiológica en el esófago, duodeno, y estómago.
- Conocer el equipo y funcionamiento de la máquina radiológica en la prueba esofagogastroduodenal.
- Saber cuál es la preparación, qué va a sentir el paciente y la función del técnico en radiodiagnóstico en la prueba radiológica esofagogastroduodenal.
- Conocer cómo se realiza una prueba radiológica gastroduodenal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RADIOLÓGICA ESOFAGOGASTRODUODENAL:

1. Administración del contraste radiolúcido es decir, el aire o CO₂ mediante unas pastillas o polvos efervescentes que ayudarán a distender el estómago, teniendo una calidad mejor de su visualización.

2. Recostar al paciente en posición lateral izquierda, consiguiendo con ello que el contenido baritado no se dirija con rapidez hacia el duodeno llenando el intestino delgado por él y provocando así la superposición de tejidos.
3. A continuación, una vez se encuentre tumbado el paciente en la camilla, se le administra el contraste baritado, explicándole que debe mantenerlo en la boca unos segundos, hasta que el técnico se dirija al área de control y pueda ver como desciende el contraste a través del esófago.
4. En el momento que trague, en la deglución, se esperarán 2-3 segundos y se realizarán las imágenes del esófago, en proyecciones anteroposteriores y en proyecciones oblicuas laterales y mediales. (1)
5. Se coloca al paciente en decúbito supino y se espera un tiempo hasta que las paredes del estómago quedan impregnadas de sulfato de bario. Lo que se consigue con esta posición es que el contraste baritado se encuentre en el fundus gástrico, es decir, en la parte superior del estómago, mientras que el aire se va a quedar en el cuerpo y el antro pilórico, es decir, en la parte inferior del estómago.
6. Se toman 1 o 2 imágenes del antro y del fondo del estómago
7. Una vez se han tomado estas imágenes, se mueve al paciente en posición decúbito prono, donde ocurrirá lo contrario. El contraste se dirige hacia el antro pilórico y el cuerpo del estómago, mientras que el aire pasa a dirigirse hacia el fundus gástrico.
8. Se toman 1 o 2 imágenes del fundus gástrico, obteniendo así todas las series fotográficas del estómago. (1)
9. Se espera un tiempo para que el contraste de sulfato de bario pueda dirigirse del estomago hacia el duodeno, pudiendo quedar contrastado.
10. Una vez se haya conseguido dicho contraste, se realizarán varias imágenes tanto anteroposteriores y posteroanterior del duodeno, colocando al paciente en decúbito supino y decúbito prono. Se deben realizar lo más rápido posible para evitar que el contraste se dirija hacia el intestino delgado, provocando que quede superpuesto al estomago. (1)

PREPARACIÓN DEL PACIENTE Y LO QUE VA A SENTIR:

El paciente debe acudir al estudio esofagoduodenal (EGD) en ayunas, sin

ingerir ni líquidos ni sólidos durante un periodo de tiempo de seis a doce horas antes de la prueba.

Además, se debe suspender la toma de medicamentos que puedan interferir en el procedimiento, como el ácido acetilsalicílico, es decir, aspirinas, u otros medicamentos que diluyan la sangre como los anticoagulantes. Los pacientes diabéticos que se encuentren en tratamiento con insulina no deben interrumpir el tratamiento ni alterar la dieta habitual, por lo que deberán acudir a su médico para recibir unas pautas adecuadas para la correcta realización del estudio EGD.

Por otro lado, el paciente en el inicio del examen sentirá una dificultad para deglutir, aunque poco a poco irá desapareciendo esta sensación. La introducción del endoscopio puede causar una sensación de ahogamiento.

Además, se podrán sentir gases y movimiento en el abdomen, aunque la biopsia no podrá sentirla gracias a la sedación. (2) (3)

DESCRIPCIÓN DE LA MÁQUINA RADIOLÓGICA

Para poder realizar un estudio esofagogastroduodenal (EGD) se tendrá que emplear una técnica que utiliza radiación ionizante llamada fluoroscopia, que permitirá valorar el esófago, el estómago y la porción duodenal proximal a medida que se van rellenando del contraste que el paciente ingiere previamente. (4)

A diferencia de la radiografía en la fluoroscopia la corriente del tubo es siempre inferior a 5 mA, siendo habituales valores de 2 a 4 mA. Además, en la fluoroscopia son necesarios tiempos largos de exposición para poder observar el movimiento de líquidos y estructuras, por lo tanto, la dosis que de radiación que recibe el paciente es muy elevada.

En general es aconsejable usar Kv elevados y mA bajos para reducir la dosis que se le administra al paciente.

Una característica muy importante de la fluoroscopia es que esta técnica de imagen permite obtener imágenes en tiempo real de las estructuras internas de las pacientes mencionadas anteriormente mediante el uso de un fluoroscopio.

Los equipos de fluoroscopia constan de varios componentes entre ellos están: el tubo de Rx, un tubo intensificador de imagen y monitores, el registro de imagen, la camilla y las consolas de mando. (5)

- El tubo de rayos x:

El tubo de Rx es el lugar donde se genera la radiación electromagnética, a través de un proceso en el que los electrones son acelerados y después son frenados al colisionar contra un material que recibe el nombre de blanco.

Normalmente está colocado debajo de la camilla del paciente, y sobre ella el intensificador de imagen.

El tubo de Rx está formado por varios elementos básicos:

1. Una fuente de electrones que recibe el nombre de filamento, que se encuentra en el cátodo.
2. Un lugar de choque que recibe el nombre de blanco, o zona metálica donde se produce la interacción de los electrones, que se encuentra en el ánodo.

El ánodo es de tipo giratorio, con un punto focal pequeño y un potente sistema de refrigeración. Estos materiales del tubo se encuentran dentro de una envoltura de cristal, que tiene forma de ampolla de vidrio. Es bastante grande, tiene de 30 a 50 cm de longitud y unos 20 cm de diámetro.

El tubo de Rx es parecido a los que se utilizan en radiología convencional, pero este está diseñado para soportar y disipar el exceso de calor que se genera durante la prueba. Y además estará construido con los materiales necesarios para que el haz sea monoenergético y que todos los fotones que lo compongan tengan la misma longitud de onda. (6)

- Tubo intensificador de imagen y monitores

El tubo intensificador de imagen es el dispositivo electrónico encargado de transformar los Rx producidos por el tubo de Rx en una imagen de luz visible de alta intensidad que se visualiza en un monitor de televisión.

Los monitores pueden encontrarse colocados en el interior de la sala de fluoroscopia y también en el exterior o en el control donde se encuentra el técnico. Hoy en día, cada vez se invierte más en la calidad y el tamaño de estos monitores porque es una parte fundamental para la calidad de la imagen que se tiene que interpretar.

El tubo intensificador está formado por los siguientes materiales:

- Tubo de vidrio: Se encarga de proporcionar un soporte estructural.
- Carcasa metálica: Es la encargada de proteger de posibles roturas que pueda haber.
- Elemento fosforescente de entrada.
- Fotocátodo: Es una tapa metálica de cesio y antimonio que al recibir la luz

la transforma en electrones y recibe el nombre de fotoemisión. El número de electrones emitido por el fotocátodo es directamente proporcional a la intensidad de luz que le llega.

- Elemento fosforescente de salida.
- Lentes electroestáticas: Se encuentran en toda la longitud del tubo intensificador de imagen para que los electrones emitidos por la superficie del tubo intensificador sean dirigidos como los rayos de luz. (7)

- Mesa radiográfica

Es la mesa de exploración es donde se coloca al paciente y tiene que ser lo más cómoda posible, puede ser de varios tipos, las más modernas tienen un diseño de doble plataforma, una arquitectura abierta, los bordes están biselados.

Tienen que ser capaces de soportar pesos por encima de 200kg, las más modernas pueden llegar a soportar un peso de 318kg, además tiene una elevación eléctrica que el técnico podrá controlar, también posee una báscula interna que ofrece pesajes precisos.

La camilla es una parte importante del equipo, tiene que estar fabricada con un material que tenga bajo número atómico para que no estorbe en la transmisión del haz de Rx. (8)

- Consolas de mando

Las consolas de mando se encuentran situadas en la sala de control y desde ellas se pueden controlar los distintos parámetros de la prueba, el movimiento de la mesa y los colimadores que son aquellos medios técnicos que se utilizan para la precisión del haz de Rx.

Una vez visto el equipo necesario para realizar la prueba hay que hablar de algunas de las ventajas y desventajas. (5)

5 Discusión-Conclusión

El tracto digestivo cuenta con gran número de órganos que lo forman, por lo que es crucial asegurarse de que no haya interferencias en ningún órgano que puedan causar riesgos adicionales al procedimiento.

Además, para su realización es necesario que se lleven a cabo muchos pasos complementarios como el uso de un doble contraste o los cambios de proyección del paciente. Por lo que en este tipo de prueba es muy importante la colaboración del paciente.

El equipo empleado es bastante completo y la prueba a pesar de las desventajas que tenga es aconsejable realizarse, ya que hay un mayor porcentaje de beneficios.

En conclusión, es una prueba compleja por la realización de imágenes de distintas estructuras anatómicas, las instrucciones previas que se deben llevar, y la necesaria colaboración del paciente. Pero, sigue siendo una de las pruebas más aconsejable para la sospecha de problemas relacionados con el tránsito intestinal y la deglución.

6 Bibliografía

1. Pagan. Y. Serie esofagogastroduodenal (anatomía, función y realización). [Internet]. Youtube; 8 de abril de 2020. [Citado 20 de enero 2021]. Recuperado de: <https://youtu.be/sBshCAJa7AE>.
2. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. MedlinePlus. [Internet].; 2021 [citado 2021 enero 24]. Disponible desde: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003888.htm>.
3. Intercentros de Radiodiagnóstico y cáncer de mama. juntadeandalucia. [Internet].; 2021 [citado 2021 enero 24]. Disponible desde: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/radiodiagnostico/preparaciones/pre_esofagogastroduodenal_egd.pdf.
4. Fluoroscopia [Internet]. MedinePlus. 2020 [citado 26 enero 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/fluoroscopia/>.
5. Luz E. EQUIPO DE FLUOROSCOPIA [Internet]. Blogspot. 2016 [citado 26 enero 2021]. Disponible en: <http://enmiradiologia.blogspot.com/2016/12/equipo-defluoroscopia.html>.
6. EQUIPOS DE RADIOGRAFÍAS [Internet]. Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía. 2009 [citado 3 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd6375.pdf>.
7. Tubos intensificadores de imagen [Internet]. MedinePlus. 2016 [citado 26 enero 2021]. Disponible en: <http://dea.unsj.edu.ar/imagenes/recursos/RxIntensificadores.PDF>.
8. Camilla radiológica [Internet]. Stryker. 2017 [citado 26 enero 2021]. Disponible en: <https://www.stryker.com/es/es/acute-care/products/primex-x-ray/index-eu-eemea.html>

20. . Fluoroscopia y protección radiológica en tratamiento del dolor [Internet]. SciELO.

Capítulo 395

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO MÓVIL DURANTE EL HORARIO LABORAL

SIRA CIENFUEGOS DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Actualmente el teléfono móvil es una parte fundamental en la vida de las personas, tanto en su entorno social, como laboral, creando así una gran dependencia.

Los teléfonos móviles han cambiado por completo la manera de relacionarse y de obtener información de las personas. Hoy en día muchas personas padecen síndrome de abstinencia si no utilizan su teléfono móvil durante algunas horas, estos síntomas incluyen sufrimiento físico y psicológico.

La inclusión de los teléfonos móviles en nuestra vida diaria y en nuestras costumbres, así como las grandes ventajas que proporcionan, hacen que no se tengan en cuenta las consecuencias negativas que estos pueden ocasionar en nuestras vidas.

La utilización de este dispositivo durante el horario laboral, en este caso, en el entorno sanitario, puede conllevar problemas para el paciente y para el profesional. Los más importantes que están relacionados con los teléfonos móviles son que las ondas electromagnéticas ocasionen interferencias con los aparatos electrónicos habitualmente usados en hospitales o centros de salud.

Es deber de los profesionales sanitarios cuidar en todo momento la seguridad del paciente, para la correcta aplicación del tratamiento y la resolución de su enfermedad. nuestra mente no está diseñada para atender a múltiples tareas y entradas de información simultáneas. Generalmente, los participantes en este tipo

de estudios mostraron problemas a la hora de realizar tareas simples de forma simultánea. Por esto, los investigadores confirman que el cerebro humano solo puede responder de forma eficaz a una tarea simultánea.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer la prevalencia del uso del teléfono móvil durante la jornada laboral por parte del técnico de laboratorio.

3 Metodología

Para realizar este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados con la utilización del teléfono móvil y de las redes sociales en la jornada laboral de los técnicos de laboratorio. Para ello se ha buscado información en diferentes páginas webs.

4 Resultados

Se ha realizado un cuestionario de autoinforme, basado en teorías de adicción para comportamientos problemáticos y literatura sobre la distracción causada por el uso del teléfono móvil, se utilizó para evaluar el uso de teléfonos inteligentes, las experiencias de distracción causadas por el uso de teléfonos inteligentes y las opiniones sobre las políticas de restricción en el uso de teléfonos inteligentes durante la práctica clínica.

Casi la mitad de los trabajadores usaron teléfonos inteligentes al menos a veces durante la práctica clínica y alrededor de una cuarta parte de los encuestados se distrajeron al menos a veces con los teléfonos inteligentes durante la práctica clínica.

La mayoría de los encuestados habían sido testigos de personal sanitario que usaban teléfonos inteligentes al menos a veces durante su trabajo.

Algunos encuestados estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo con la política para restringir el uso de teléfonos inteligentes en los hospitales, debido a la distracción del personal sanitario en su puesto de trabajo.

Los estudiantes que usaban teléfonos inteligentes con más frecuencia tendían a estar en desacuerdo con las políticas de restricción para el uso de teléfonos inteligentes en los hospitales.

Se conoce que la utilización excesiva de redes sociales genera una grave distracción para los trabajadores, entre los que nos incluimos los profesionales de la salud, debido a que genera una desigualdad en el trabajo que emplean los trabajadores.

Existen también estudios que evidencian los beneficios de los teléfonos inteligentes en la formación de los profesionales de la salud.

Pero hay una falta de estudios que confirme que dicho uso sea beneficioso durante la práctica clínica ya que supone un riesgo, esta distracción colabora con que no se cumplan las funciones básicas de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

De manera concluyente, se ha llegado a la conclusión de que con el uso de dispositivos electrónicos, con el teléfono móvil como gran valedor, genera una gran distracción para los trabajadores del laboratorio del hospital, debido a que existiría una problemática a la hora de ejercer sus funciones profesionales con cierta exactitud, causando así unas distracciones que generarían un importante riesgo al trabajador a la hora de desempeñar su trabajo correctamente.

Existen también estudios que evidencian los beneficios de los teléfonos inteligentes en la formación de los profesionales de la salud.

También se conoce que la utilización excesiva de redes sociales genera una grave distracción para los trabajadores, entre los que nos incluimos los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Cho S, Lee E. Distraction by smartphone use during clinical practice and opinions about smartphone restriction policies: A cross-sectional descriptive study of nursing students. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2016 [citado 15 de junio de 2017];40:128-33.

Capítulo 396

EL TÉCNICO DE RAYOS Y EL DIAGNÓSTICO EN UN EXAMEN IMAGENOLÓGICO

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

1 Introducción

Hablaremos sobre el diagnóstico en un examen imagenológico. La arteriografía es una técnica radiológica que a través de los rayos X y un tinte especial permite la visualización del interior de las arterias, permitiendo observar el recorrido de las mismas.

Este procedimiento se utiliza para visualizar las arterias del corazón, cerebro y riñones, entre otras.

Para realizar la prueba, se introduce un catéter dentro de la arteria que se desea llevar a estudio a través del cual se introduce un medio de contraste radiológico yodado. Esta técnica también suele llamarse cateterismo.

La prueba suele durar entorno a 30-60 minutos y el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) debe saber qué pasos se realizan para ejecutarla, así

como el cuidado que debe prestar al paciente mientras se realiza y las recomendaciones necesarias que debe aportar al paciente una vez finalizada.

Tras la técnica, se debe colocar un apósito compresivo en el punto de punción y se debe indicar al paciente que mantenga reposo en cama entre 6 a 24 horas, según sean las indicaciones médicas establecidas.

A pesar de ser una técnica muy utilizada dentro del ámbito sanitario, no está exenta de complicaciones, las cuales deben estar en conocimiento del TSID.

2 Objetivos

Describir, indicar y explicar el estudio radiológico de las arterias conocido como arteriografía por parte del equipo de TSID en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La arteriografía es un procedimiento radiológico que se utiliza cuando existe sospecha de patología vascular arterial.

Este procedimiento permite saber si existe un bloqueo arterial, en que punto exacto se está produciendo y la gravedad del mismo, determinado si el bloqueo está ocasionado por la presencia de coágulos sanguíneos (embolia) o por la presencia de aterosclerosis (estrechamiento del canal arterial). Otra causa puede ser un aneurisma (dilatación anormal de la pared del vaso sanguíneo) que si se rompe puede ocasionar una hemorragia severa.

La técnica de arteriografía se puede dividir en tres pasos:

- Introducción del catéter: se introduce un pequeño catéter a través de una arteria del paciente. Normalmente suele ser por la arteria inguinal, por la parte superior del brazo o por la arteria de la muñeca.
- Se inyecta el contraste (colorante de rayos X). El radiólogo va obteniendo imágenes a través de una pantalla de rayos X de la arteria llevada a estudio.

- Retirada de catéter.

Existen diferentes tipos de arteriografías: arteriografía con rayos X (la más utilizada), arteriografía con resonancia magnética (se utiliza radiaciones ionizantes y no es necesario introducir un catéter) y arteriografía con tomografía computarizada (se inyecta el contraste y se realiza un escáner el cual permite visualizar depósitos de calcio por la gran resolución de las imágenes).

Dentro de las complicaciones que pueden derivarse de esta técnica, el TSID debe saber que puede producirse hematomas, infección, disección arterial, trombosis, fallo renal, entre otras. El paciente también puede presentar náuseas, dolor de cabeza, adormecimiento de pies, sensación de frialdad, hinchazón en la zona de punción, etc.

La obtención de los resultados de la prueba son inmediatos, estableciendo si los vasos sanguíneos están íntegros cuando se visualizan bien perfilados, sin muescas ni pérdida de contraste. Por el contrario, cuando existe una fístula, estenosis o aneurisma, la visualización es directa e inmediata.

Con la angiografía se obtiene información precisa sobre el estado de las arterias, pudiendo planificar el tratamiento más adecuado para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La arteriografía es una técnica radiológica que se utiliza para visualizar el interior de una arteria, conociendo como es su trayectoria y estableciendo si existe algún problema dentro de ella como coágulos, aterosclerosis o aneurismas.

Para realizar esta técnica se utiliza un catéter y un contraste radiológico yodado el cual permite visualizar de manera inmediata a través de radiografías la forma, anatomía y recorrido de la arteria que se desee estudiar.

El TSID debe poseer los conocimientos necesarios para ejecutar esta técnica de manera eficaz y eficiente, colaborando en todo momento con el radiólogo y con el resto del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 397

EL PROCESO DEL TÉCNICO DE RAYOS DE LIMPIEZA E HIGIENE DE EQUIPOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

1 Introducción

Se denomina higiene al conjunto de técnicas o prácticas que realiza una persona o grupo de personas para eliminar todo tipo de agente patógeno o contaminante que pueda causar nocivo para la salud de las personas.

La higiene personal es un término fundamental para el aseo, limpieza y cuidado del cuerpo de las personas para tener o contar con una buena salud y prevenir todo tipo de problemas como enfermedades o infecciones. También es la rama o ciencia de la medicina que tiene por finalidad aumentar los años de vida y guardar y conservar la salud de todas las personas.

Esta palabra proviene del francés y también del griego. Hace referencia a la limpieza, aseo o el bien también cuya finalidad es mantener la buena salud de las personas y prevenir todo tipo de enfermedades e infecciones.

También se dice que es una práctica que tiene relación o tiene que ver con el estilo de vida, limpieza, salud y medicina. Esto son medidas que se acaban adquiriendo como rutinas diarias o hábitos que forman parte de nuestro día a día para obtener una buena salud y proteger el cuerpo de una persona creando barreras y medidas de seguridad para evitar problemas en la salud.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro es conocer algunos métodos de higiene que se les aplique a los técnicos en rayos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La finalidad de la higiene en cualquier entorno o ámbito es mejorar la salud, conservarla y prevenir todo tipo de infecciones o enfermedades nocivas para la salud.

Se identifica como higiene a los diferentes factores que una persona adquiere para estar limpia mediante el uso de champú o jabón y también agua. También hace referencia a las relaciones sociales como por ejemplo:

- Limpieza y desinfección de lugares o de las personas.
- Rutinas o hábitos que optimizan la salud.
- Una pequeña parte de la rama de la medicina dedicada a mejorar la salud de las personas.
- Reconocer, evaluar y controlar los métodos o factores en las zonas de trabajo para prevenir enfermedades que sean altamente contagiosas y que dañen la salud, el bienestar, la incomodidad en los ciudadanos o trabajadores.
- La higiene incorrecta afecta tanto en la salud propia como en la salud de los demás con la presencia de enfermedades como conjuntivitis, diarrea, gripe común, infecciones en piel o uñas.

- Que la basura o elementos contaminados se coloquen en ciertos sitios como andar tirando la basura en el suelo, en parques, en áreas recreativas, etc.
- Las aguas contaminadas o no potables que son nocivas para el consumo propio para el lavado o para ingerirla puede causar problemas de diarrea o vómitos porque proceden de inodoros.

En los lugares de trabajo se debe de contar con una máquina expendedora de agua potable donde debe de tener acceso todo el personal y contar con vestuarios o zonas de higiene personal.

Algunas funciones en cuanto a los técnicos en rayos deben de ser:

Algunas de las medidas de protección o higiene radiológica se determinan en tres conceptos o términos como la distancia con los diferentes equipos que produzcan radiaciones nocivas en la salud, también se debe de tener en cuenta el tiempo de exposición y las medidas para absorber la radiación.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, en resumen se dice que la higiene es una disciplina que se encarga o se ocupa del bienestar de todas las personas. Por ello, la limpieza personal y de superficies es de gran importancia en todos los aspectos porque influye en nuestro día a día porque como se dice "la limpieza es salud".

Las personas creamos o adquirimos rutinas de higiene para conservar nuestra higiene y también cuidar las relaciones sociales junto con las enfermedades o infecciones que una persona pueda contraer debido a una mala higiene o carencia de limpieza en su vida diaria.

6 Bibliografía

1. Bishop, WJ (1995). The Early history of surgery. Barnes & Noble. ISBN 1-56619-798-8.
2. K.-H. Tscheliessnigg: Der Hybrid-OP-Saal als multifunktionaler Therapieraum der Zukunft – Interdisziplinarität, bildgeführte Therapie, Integration medizinischer Technologie wie CT, Angiographie, Navigation und Robotic in: Journal für Kardiologie – Austrian Journal of Cardiology 2010; 17 (7–8)

Capítulo 398

PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA DETECCIÓN DE PARÁSITOS EN LAS HECES

SIRA CIENFUEGOS DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Desde tiempos antiguos, la humanidad ha tenido un conocimiento real sobre las filas, las tenías y las lombrices intestinales, así como sobre su misteriosa relación con las enfermedades. Esta comprensión se ha difundido por todo el mundo y ha llevado a la asociación de los gusanos como símbolo de enfermedad. Posteriormente, en el siglo XIX, se logró describir el ciclo vital de la mayoría de los parásitos y su conexión con la etiología de numerosas enfermedades. La parasitosis intestinal es una afección causada por parásitos que principalmente alojan en el sistema digestivo y óseas quieren al ingerir quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos, o bien, por la penetración de larvas a través de la piel desde el suelo. Una higiene deficiente en todas sus formas, no solo facilita el establecimiento y la propagación de los parásitos en el organismo humano, sino que también puede convertirse en una condición persistente y crónica. Estas infestaciones parasitarias intestinales también afectan al desempeño académico, incluyendo la capacidad intelectual y la atención, debido a la irritabilidad y fatiga que causan el huésped, convirtiéndolas en la principal responsable de los efectos negativos en el estado nutricional e inmunológico. Las enfermedades parasitarias continúan siendo uno de los desafíos más difíciles de controlar, tanto por su amplia propagación como por los múltiples factores asociados que contribuyen a su ciclo de transmisión. El control de estas enfermedades sigue siendo un objetivo prioritario para la OMS.

2 Objetivos

- Estudiar el método de recogida en los adultos y en los niños.
- Estudiar los métodos de observación de parásitos en el laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El reporte o el informe de resultados del coproanálisis deberá incluir los datos del paciente, el método utilizado para el diagnóstico, el número de muestras analizadas, el nombre del responsable de la ejecución de la técnica de diagnóstico, los resultados del análisis macroscópico que incluirá las características organolépticas y del análisis microscópico que incluirá el género y especie del parásito observado y su estudio evolutivo.

Los resultados que se busquen es si hay presencia de parásitos o si no los hay:

Un resultado negativo sería cuando no se observan formas parasitarias en la muestra y en el informe se pondrá: “No se observan parásitos intestinales en la muestra analizada”. Cuando en el laboratorio empleamos la técnica Ziehl-Neelsen utilizándola para la identificación de coccidios intestinales, si no se observan formas parasitarias se informará: “no se observan coccidios intestinales (*Cryptosporidium* sp, *Isospora* sp) en la muestra analizada”.

Un resultado positivo es cuando se observan formas parasitarias de protozoos y/o helmintos, se debe informar siempre el estudio evolutivo (quistes, ooquistes, huevos, larvas) junto con el género o la especie del parásito. Se recomienda informar: “Positivo para “estudio evolutivo del parásito seguido del género y la especie.

No es necesario cuantificar las formas parasitarias encontradas debido a que el coproanálisis es una técnica cualitativa.

Si en la observación microscópica de la muestra se identifican componentes sanguíneos se debe realizar una estimación de los mismos contando 200 leucocitos

y/o eritrocitos según sea el caso con el objetivo de 40x con el fin de orientar mejor el diagnóstico clínico.

Cuando se quiera real un conteo de huevos de helmintos la técnica recomendada el Kato Katz debido a su capacidad para identificar este tipo de huevos y la necesidad mínima de suministros.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que para un estudio de salud como es el caso de la detección de parásitos en las heces, se lleve a cabo un procedimiento y que se realicen todos los pasos recomendamos por los profesionales sanitarios para llevar a cabo una correcta recogida de la muestra, como también los técnicos superiores de laboratorio clínico y biomédico sigan los pasos del procedimiento debido a que en cada laboratorio tienen diferentes protocolos a seguir respectó a las diferentes pruebas que se deban realizar en las muestras. También es importante tener conocimiento sobre los parásitos que se puedan observar en las heces, debido a la importancia de un correcto diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Libro de gestión de muestras biológicas y de microbiología.

Capítulo 399

ESTUDIOS UROGRAFÍA INTRAVENOSA EN RADIO DIAGNÓSTICO

MARIBEL CRELGO HERRERO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

La urografía intravenosa es un tipo de examen radiológico que nos permite la evaluación de los riñones, los uréteres y la vejiga, mediante la realización de radiografías seriadas.

Esta prueba se realiza en una sala radiológica que consta principalmente de una mesa basculante, donde se situará el paciente; un tubo de rayos X, que nos permitirá obtener las imágenes radiográficas y un intensificador de imagen. Por otro lado, la cabina de control se encuentra separada de la sala de exploración por una pared plomada y un cristal que nos permitirá mantener vigilado en todo momento al paciente.

Una parte fundamental para poder realizar esta prueba, es el consentimiento informado. Es un documento legal, en el que se informa al paciente sobre la necesidad de administrar un medio de contraste yodado para un diagnóstico más preciso, y sus posibles riesgos o complicaciones. El objetivo de este consentimiento es que el paciente autorice de forma consciente y responsable los procedimientos médicos. Para ello, se le proporcionará una explicación completa del procedimiento de la prueba y del medio de contraste que se aplicará. Debe ser firmado por él mismo, su acompañante o su representante legal. En caso de que el paciente se encuentre inconsciente, será el familiar o el acompañante el responsable de firmarlo. Si el paciente está inconsciente y no se encuentra acompañado, el profesional deberá valorar los riesgos y beneficios de la administración del contraste intravenoso.

2 Objetivos

- Estudiar el aparato urinario, su morfología, fisiología y patologías.
- Saber cuál es la preparación necesaria y efectos secundarios que puede sufrir durante la prueba.
- Conocer cómo se realiza una urografía intravenosa.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y en bases de datos como: MedlinePlus. Además, se aplica los conocimientos adquiridos durante la experiencia profesional como técnicos superiores en la sala de Telemando en el servicio de imagen para el diagnóstico, del autor y coautores.

4 Resultados

El paciente debe acudir con una preparación previa a esta prueba, con el objetivo de vaciar el tracto intestinal, debe estar sin gas ni material fecal. Para ello, al paciente se le recetarán unos sobres (laxante) para limpiar el intestino los días previos. Deberá venir en ayuno de al menos 6 horas y haber cenado o comido algo ligero en la última comida que haya realizado. Deberá colocarse un enema de limpieza el día en el que vaya a realizarse la prueba e ingerir abundante agua porque debe estar hidratado.

Nos aseguraremos que es el paciente correcto, preguntando incluso en dos ocasiones su identidad. Explicaremos brevemente la prueba y resolveremos sus dudas, ayudaremos a los pacientes en todo lo que necesiten (vestirse, acompañarlos al baño, indicar consultas, etc.) Le pediremos amablemente que se quite la ropa y todos los objetos metálicos sobre todo en el área del abdomen o pelvis.

Le haremos las preguntas correspondientes sobre si ha hecho la preparación, ha venido en ayunas, posibilidad de embarazo en caso de las mujeres, si es alérgico a algún medicamento, sobre si le han administrado contraste previamente y su función renal. Además, es nuestra labor consultarlo en su historial médico. Una vez que nos entregue el consentimiento informado y firmado, podemos comenzar con la urografía intravenosa.

Debemos tener todo el material preparado una vez el paciente esté listo para realizarse el procedimiento:

- El medio de contraste yodado
- Suero salino
- Caja de medicación en caso de reacciones alérgicas al contraste
- Oxígeno y aspiración
- Alcohol, gasas, compresor, esparadrapo y jeringas

Es conveniente que el paciente orine antes de empezar el estudio porque si hay orina en la vejiga el contraste se diluye.

Una vez que el paciente ya está en la mesa, se realiza una radiografía basal de abdomen AP que incluya desde la región suprarrenal hasta la sínfisis del pubis, para comprobar si ha realizado una preparación y si el abdomen está libre de residuos.

Tras esto, se administra un medio de contraste por vía intravenosa. El contraste empleado es el yodo, (máx. 2 ml/kg de peso corporal). Su función es resaltar determinadas estructuras y algunas patologías, con el fin de tener una mayor precisión diagnóstica. Podemos anotar la hora de inicio tras la administración y controlar al paciente durante la inyección preguntando sin alarmar.

Posterior a su administración, se obtienen radiografías seriadas en el tiempo.

- La primera adquisición es el nefrograma, se realiza en los 2 –3 primeros minutos tras la administración del contraste. Con esta imagen vemos cómo filtra el riñón, la corteza y las pirámides, vemos también cómo llega el contraste al sistema colector y el tamaño renal.
- La segunda adquisición es la pielografía, radiografía de los pielocaliciales. Se obtiene entre los 3 - 5 minutos posterior a la introducción del medio de contraste

donde se ve todo el sistema colector intrarrenal. La máxima concentración de contraste es a los 10 - 15 minutos.

- La tercera es para ver los uréteres enteros a los 15 minutos. Las oblicuas de los uréteres se realizarán a los 20 minutos. Hay que intentar ver los uréteres enteros, sobre todo en estudios por hematuria. Debemos incluir todo el árbol urinario. El objetivo es ver riñones y uréteres en una perspectiva diferente.

Por último, se adquiere la cistografía para valorar la vejiga (opcional: imágenes miccionales) llena de contraste, en máxima repleción, y postmiccional. El contraste se queda en la parte dorsal de la vejiga. Hacemos una radiografía simple localizada de la vejiga.

Hacemos oblicuas OPD y OPI en caso de patología de vejiga y próstata.

Las radiografías simples mínimas obligatorias son: abdomen simple, nefrograma, pielocaliciales, y las necesarias para ver todos los uréteres, vejiga llena de contraste y una tras la evacuación.

La técnica que se emplea en este procedimiento es:

- Paciente en decúbito supino, OPD y OPI según la fase del estudio
- Centro del haz: horizontal en las crestas ilíacas y línea vertical en el plano medio sagital.
- Fase respiratoria: espiración.
- Chasis: 35 cm x 43 cm.
- Distancia Foco – Película: 1 metro.
- Kvp: 66 / mAs: 40.
- Foco: grueso.
- Marcar: simple, las adquisiciones con el tiempo y lateralidad.

5 Discusión-Conclusión

La urografía intravenosa es un examen radiológico que permite estudiar la morfología y patología del riñón, uréter y vejiga, mediante la inyección de un medio de contraste yodado que posteriormente será eliminado por los riñones, con el objetivo de resaltar determinadas estructuras anatómicas para un diagnóstico más preciso, permitiendo su estudio y de los riñones y las vías de excreción de la orina.

Además, con la aparición de la ecografía y la tomografía computarizada, su uso ha decaído. Ha sido sustituida en gran parte por la tomografía computarizada de baja dosis (dosis radiación urografía intravenosa: 3 mSv, frente a la dosis del TAC: 1.5 mSv) con el cual se puede obtener mucha más información.

6 Bibliografía

1. Técnicas de radiología especial http://www.aranformacion.es/librosdigitales/LIB_I_60_C_1/files/assets/basic-html/page18.html
2. Urografía intravenosa <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/urografia-intravenosa/>
3. Saldaña Ambulódegui E. MEDIOS DE CONTRASTE Técnicas y Aplicaciones.

Capítulo 400

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL ÁMBITO DE PROTECCION RADIOLÓGICA

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

ANDREA SANZ QUERENCIAS

JULIA GARRIDO RAMOS

ANA CARLOS ÁLVAREZ

JACOBO DIAZ ALONSO

1 Introducción

Los seres humanos a lo largo de nuestra vida estamos expuestos a tipo de fuentes de radiación, ya sean de origen natural o de origen artificial.

El descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Conrad Röntgen en 1895 supuso un gran avance científico, pero también puso de manifiesto los riesgos de la exposición a este tipo de fuentes de radiación tanto a largo como a corto plazo.

A raíz de esto nace una actividad multidisciplinar llamada Protección Radiológica, que tiene como finalidad la protección de la personas y del medio que les rodea contra los efectos producidos de una exposición a estas fuentes de radiación.

En 1928 nace un organismo internacional llamado Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) el cual marca las directrices, insta una bases sólidas

y asesora en base a los aspectos relacionados con la Protección Radiológica. Este organismo al principio no tendría la importancia que se esperaba, pero si es cierto que a lo largo de los años fue ganando peso y en la actualidad es fundamental en la relación que tenemos los seres humanos con las radiaciones ionizantes.

Este organismo basa sus actuaciones y recomendaciones en tres pilares fundamentales que son Justificación, Optimización y Limitación de la dosis

Justificación

Cualquier práctica que suponga una exposición a radiación debe tener una justificación y tiene que haber previamente un análisis riesgo/beneficio.

Optimización o “Principio Alara”

La dosis de radiación utilizada en cualquier actuación tiene que ser lo más razonablemente baja posible. Será una dosis umbral que nunca supere un nivel de radiación marcado por la ICRP para cada procedimiento

Limitación de dosis

La dosis de radiación utilizada será una dosis umbral que nunca supere un nivel de radiación marcado por la ICRP para cada procedimiento

2 Objetivos

Analizar la labor del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico para mantener y preservar la seguridad del paciente ante cualquier procedimiento que implique exponerse a radiaciones ionizantes.

Estudiar cómo se aplican las medidas y normas de Protección Radiológica en un servicio de radiodiagnóstico.

Obtener los datos del impacto que tienen estas medidas de seguridad tanto en los pacientes como en el personal expuesto.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como Pubmed, Google Scholar y Scielo, escogiendo los artículos que son de interés para la presente búsqueda.

Para ello se han incluido artículos recientes desde el año 2015 aproximadamente hasta la actualidad

Además, hemos obtenido información de la página web del Consejo de Seguridad Nuclear.

4 Resultados

Las medidas necesarias para limitar la exposición de los pacientes se pueden tomar mediante la aplicación de acciones en cualquier punto del sistema que vincula las fuentes con las personas expuestas (Paciente, técnico...). Tales acciones pueden aplicarse sobre:

- La fuente emisora de radiación ionizante.
- El medio ambiente, es decir, los caminos por los que las radiaciones de las fuentes pueden llegar a los individuos.
- Las personas expuestas a dichas fuentes de radiación.

Las medidas de control sobre la fuente se consideran como medidas prioritarias, mientras que las medidas aplicables al medio ambiente a los individuos son más difíciles de aplicar y, a veces, introducen más trabas en la operatividad de las instalaciones. El control de la exposición a las personas expuestas conviene realizarlo mediante la aplicación de medidas a la fuente y solo, en el caso de que puedan no ser efectivas, se aplicarán al medio ambiente o a dichas personas.

La aplicación de estas medidas de protección, principalmente las que proceden de la fuente emisora de radiación, son labor exclusiva del TSID, por lo que estar formado, informado y tener actualizados los posibles cambios tanto en normativas como en nuevas medidas de seguridad es fundamental para poder posteriormente aplicarlas y de tal manera proteger en la medida de lo posible a los pacientes expuestos.

Los riesgos de irradiación a que están sometidos los pacientes se reducen aplicando las siguientes medidas generales de protección:

- Distancia: aumentando la distancia entre el TSID y la fuente de radiaciones ionizantes, la exposición disminuye en la misma proporción en que aumenta el cuadrado de la distancia. En muchos casos bastará con alejarse suficientemente de la fuente de radiación para que las condiciones de trabajo sean aceptables.
- Tiempo: disminuyendo el tiempo de exposición todo lo posible, se reducirán las dosis. Es importante que las personas que vayan a realizar operaciones con fuentes de radiación estén bien adiestradas, con el fin de invertir el menor tiempo posible en ellas.
- Blindaje: en los casos en que los dos factores anteriores no sean suficientes, será necesario interponer un espesor de material absorbente, blindaje, entre el TSID y la fuente de radiación. Según sea la energía y tipo de la radiación, será conveniente utilizar distintos materiales y espesores de blindaje.

La dosis media recibida por los pacientes expuestos a fuentes de radiación que no procedan de fuentes naturales es de 3 miliSieverts al año (datos de la UNSCEAR).

Las dosis pueden, no obstante, variar por diversas circunstancias, desde el consumo de ciertos productos (como algún tipo de marisco), al hecho de vivir en zonas que tienen un alto nivel de radiación ambiental.

5 Discusión-Conclusión

Como Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico hemos podido comprobar la importancia de estar bien formados y ser conocedores tanto de todas las medidas de protección en materia de Protección Radiológica, como de las actualizaciones que los órganos competentes realizan anualmente en dicha materia. Además hemos obtenido datos que corroboran que dichas medidas tienen un impacto muy positivo en pacientes expuestos a estas fuentes de radiación, ya que limitan las dosis que dichos pacientes absorben hasta límites realmente bajos y que por lo tanto se considera que no son nocivos para su salud.

En este trabajo de investigación ha quedado de manifiesto que unas buenas prácticas en el tratamiento de dichas fuentes de energía es vital para el buen desempeño de nuestro trabajo y para mantener la seguridad en nuestro ámbito laboral tanto para el paciente como para nosotros mismos.

6 Bibliografía

1. Bushong SC. Manual de Radiología Para Técnicos: Física, Biología Y Protección Radiológica. 12a ed. Elsevier; 2022.
2. Brito C, Trimino JG. Seguridad y proteccion radiologica. Editorial Academica Espanola; 2021.
3. Ubeda de la Cerda C, Soffia-Sánchez P, Inzulza-Contardo A, Miranda-Gonzalez P, Aragón-Caqueo G, Aragón-Caqueo D. Valores éticos de la protección radiológica en procedimientos de radiodiagnóstico e intervencionismo radiológico. Rev Chil Radiol [Internet]. 2021;27(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rchrad.m21000008>
4. Ubeda de la C. C, Vaño C. E, Ruiz Cruces. R, Soffia S. P, Fabri G. D. Niveles de referencia para diagnóstico: Una herramienta efectiva para la protección radiológica de pacientes. Rev Chil Radiol [Internet]. 2019;25(1):19–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-93082019000100019>

Capítulo 401

FUNCIONES GENERALES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

VANESSA QUIROGA MINAYA

INMACULADA DURAN AMOROS

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

ANA MARIN PUERTA

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

1 Introducción

El servicio de radiodiagnóstico es el área donde se realizan todo tipo de pruebas de diagnóstico por imagen y está formado por diversos profesionales:

- Personal médico facultativo: jefe de servicio, jefe de sección, médicos adjuntos, médicos residentes y supervisor.
- Personal sanitario no facultativo: personal de enfermería, técnicos de imagen para el diagnóstico y auxiliar de enfermería.
- Personal administrativo.
- Celadores.

El TSID realizará diferentes tipos de pruebas en las diferentes salas de exploración existentes: radiología convencional, radiología digital, tomografía axial

computarizada (TAC), fluoroscopia, resonancia Magnética (RM), ecografía, densitometría ósea, gammagrafía, tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computarizada de emisión de fotones únicos (SPECT).

En este servicio se realizan pruebas de diagnóstico a usuarios del Sistema Nacional de Salud de diversas procedencias: pacientes que provienen de urgencias, paciente que se hallan en las plantas de hospitalización y pacientes que acuden desde las consultas externas.

Por un lado, los pacientes que acudan desde el servicio de consultas externas y de las plantas de hospitalización con cita previa deberán dejar al personal administrativo, sus datos personales y las peticiones de las pruebas diagnósticas a las que posteriormente se someterán. Los administrativos trasladarán los volantes al personal Técnico de Imagen para el Diagnóstico o Técnico Especialista en Radiodiagnóstico, el cual deberá nombrar por turno de llegada para realizar la prueba de imagen pertinente.

Por último, los pacientes que provengan del servicio de urgencias tienen preferencia para la realización de las pruebas que sean necesarias para el diagnóstico o tratamiento de sus patologías sin espera evitando la toma de datos debido a su situación de inmediata atención médica.

El Técnico Superior de Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear es aquel profesional que realiza pruebas de obtención de imágenes para su posterior diagnóstico de patologías, o colabora en ellas auxiliando al médico radiólogo. Sus funciones son realmente importantes y deberá tener amplios conocimientos en cuanto a los protocolos de calidad de las imágenes diagnósticas, protección radiológica, anatomía patológica, técnicas de exploración, para así evitar el riesgo de exposición innecesaria del paciente a la radiación.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones generales del Técnico de Imagen para el diagnóstico y Medicina Nuclear también denominado Técnico Especialista en Radiodiagnóstico.
- Exponer la organización de los servicios de radiodiagnóstico.
- Exponer la importancia de la formación del TSID/TER en cuánto a los protocolos de calidad, anatomía, técnicas de exploración, posiciones anatómicas, dosimetría, protección radiológica, etc.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TSID/TER deberá realizar una serie de tareas en el Área de Radiodiagnóstico:

- El paciente que llegue al servicio de radiodiagnóstico deberá entregar la petición de la prueba de imagen al personal administrativo, que a su vez, será enviado al técnico ratificando la identificación del paciente, el estudio a realizar y las proyecciones solicitadas por el médico especialista.
- Posteriormente, el TSID llamará al paciente por sus datos de identificación y le realizará las preguntas oportunas antes de realizar la prueba (si hay posibilidad de embarazo, reacciones alérgicas anteriores a diferentes tipos de contrastes, etc).
- El TSID deberá de explicarle al paciente: la prueba que se va a llevar a cabo, que prendas u objetos se deberá retirar, la forma en la que tendrá que colocarse, cómo deberá respirar, teniendo en cuenta que el trato al paciente tendrá que ser de una forma cordial, clara y sencilla para que el paciente pueda entenderlo.
- Se utilizarán los medios de protección radiológicos que sean necesarios siempre y cuando no interfieran en el diagnóstico.
- Después el TSID realizará la prueba valorando los parámetros y la técnica conveniente que se va a realizar siempre prestando atención al estado del paciente.
- El TSID siempre tendrá que asegurar que la prueba diagnóstica ha sido asociada al paciente para que no haya errores y no tener que volver a repetirlo sometiendo a una nueva irradiación innecesaria.
- Cuando la prueba de diagnóstico haya finalizado, se indicará al paciente que espere en la sala de espera mientras se valora la calidad de la imagen obtenida. De haber alcanzado una buena calidad el paciente podrá marcharse, por el contrario es deberá repetir.
- Para la realización del estudio de imagen el TSID deberá conocer los protocolos de calidad, para evitar un nuevo estudio. Posteriormente se enviará al radiólogo o médico especialista pertinente para su valoración.

5 Discusión-Conclusión

Las pruebas de diagnóstico por imágenes son fundamentales tanto para diagnosticar patologías como para realizar tratamientos médicos asociados a tales enfermedades.

Las funciones del TSID son amplias y muy importantes, ya que de su figura depende una obtención de imágenes de buena calidad para su posterior diagnóstico. El TSID deberá tener amplios conocimientos tanto en protocolos de calidad, protección radiológica, anatomía patológica, parámetros físicos, posiciones anatómicas, proyecciones, etc.

Deberá tener una actitud empática, saber tratar al paciente e intentar que entienda el procedimiento de la prueba transmitiéndole seguridad y comodidad.

El trabajo en equipo del servicio de radiodiagnóstico es fundamental para una correcta atención al paciente, debido a que se tratan de pruebas sumamente importantes para la valoración de enfermedades y tratamientos.

6 Bibliografía

1. Gil Ramos, J.A., Andrades Romero, H., Torres Moreno, J., Caballero Oliver, A., Bueno Mariscal, C., Rico Corral, M.A., Gómez Martínez, D., Rodríguez Palo, R., González Mesa, F.J., Martínez Torres, F.J., Ramos Caro, S., Gil Martínez, E. (2021). Técnico Superior de Radiodiagnóstico del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
2. García Chaparro, E. (2023). Funciones del Técnico Superior en Imagen para el diagnóstico y medicina nuclear en el Servicio de Radiología. Revista Ocronos, 6(1). <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-imagen-servicio-radiodiagnostico/>

Capítulo 402

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

VANESSA QUIROGA MINAYA

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

INMACULADA DURAN AMOROS

ANA MARIN PUERTA

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

1 Introducción

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) es una prueba radiológica que permite obtener imágenes en cortes axiales de las zonas anatómicas que se van a estudiar. Esta prueba es muy importante para obtener información acerca de patologías y así valorar los posibles diagnósticos y tratamientos.

El TAC es realizado por el Técnico Superior de Imagen para el Diagnóstico (TSID). Para poder realizar esta prueba el TSID deberá tener conocimientos acerca de los parámetros de estudio tales como: zona anatómica que se va a estudiar, supuesta patología, estado del paciente. En cuanto a los parámetros físicos de estudio: el

grosor de corte, intervalo de corte, campo de visión o field of view (FOV), kilovoltaje, tiempo de barrido, tiempo de espera, etc.

Además el TSID deberá tener una amplia formación en anatomía, posiciones anatómicas y deberá saber cómo funciona tanto el equipo de TAC como la bomba de inyección de contraste. El trabajo en equipo en esta sala de radiodiagnóstico tiene gran consideración, ya que es fundamental entre TSID, el personal de enfermería y celadores.

Las funciones del TSID en este tipo de estudios es muy importante, ya que en las pruebas de TAC se pueden analizar numerosas patologías como por ejemplo los ACV (accidente cerebro vascular), cuya identificación a tiempo es crucial para el tratamiento y posterior recuperación del paciente.

2 Objetivos

- Establecer las funciones que le corresponden al TSID en la sala de TAC.
- Exponer la importancia de los conocimientos en diferentes materias del TSID.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TSID debe realizar la prueba de arranque del equipo y la calibración. Es importante en la preparación diaria la verificación de la bomba de inyección de contraste.

Se debe preguntar siempre a las mujeres de edad fértil, si está embarazada o piensa que puede estarlo. El trato con el paciente se debe de llevar a cabo con suma prudencia, mostrar amabilidad y cortesía.

Las instrucciones que se den al paciente serán sencillas, claras y concisas para

que pueda entenderlas con facilidad teniendo paciencia y elaborando una información comprensible.

Se comprobará que el paciente ha firmado el consentimiento informado, documento obligatorio sobre todo en la realización de tomografías con contraste. En él se informara de los riesgos de la prueba. Se le preguntará al paciente en otras ocasiones ha padecido algún tipo de reacción alérgica al medio de contraste y antes de recibir dicho contraste, se le preguntará si toma algún medicamento para alguna enfermedad, como la diabetes.

El TSID debe preguntar si el paciente tiene algún problema en los riñones y deberá valorar su peso, ya que puede dañar el escáner (el tomógrafo tiene un límite de peso).

El técnico informará al paciente del tiempo aproximado del estudio siendo necesario que el técnico indique al paciente que se quite las joyas y la ropa, para facilitar el estudio de la zona a tratar.

Se debe dar instrucciones al paciente (no moverse, no respirar...) para realizar un estudio de calidad evitando artefactos en la prueba.

El TSID deberá introducir los datos identificativos del paciente. Una vez posicionado, se procederá a poner una vía al paciente (lo hará el enfermero/a) para la posterior administración del contraste (en caso de que la prueba necesite contraste). A continuación el TSID se colocará en la consola de mando donde deberá elegir el protocolo que va a utilizar para realizar el estudio. Por último se iniciará el estudio, realizando los scouts o topograma y el plano axial para la posterior reconstrucción.

Una vez terminada la prueba esperaremos unos minutos junto al paciente para observar si presenta sintomatología de alergia o intolerancia al contraste. En el caso de que no sea así podrá marcharse.

Los resultados del TAC serán valorados por el radiólogo e informará del diagnóstico al médico petionario del estudio.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del TSID en los estudios de TAC son muy importantes, ya que su figura es quien realiza dicha prueba y en base a sus conocimientos se procederá

a realizar un estudio de calidad para valorar las posibles patologías que tenga el paciente.

Deberá tener un amplio abanico de conocimientos acerca del funcionamiento del TAC, de los numerosos estudios que se pueden realizar, de anatomía y posiciones anatómicas, de los parámetros de las pruebas (en cada una son diferentes) y de los protocolos de actuación en caso de un estudio de emergencia.

En ocasiones es necesaria la presencia del facultativo especialista en radiología, debido al estado inestable del paciente y a la posible dificultad del estudio.

6 Bibliografía

1. Gil Ramos, J.A., Andrades Romero, H., Torres Moreno, J., Caballero Oliver, A., Bueno Mariscal, C., Rico Corral, M.A., Gómez Martínez, D., Rodríguez Palo, R., González Mesa, F.J., Martínez Torres, F.J., Ramos Caro, S., Gil Martínez, E. (2021). Técnico Superior de Radiodiagnóstico del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
2. Azpeita, J.; Puig, J.; Soler, R. (2016). Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Funciones del Técnico. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
3. Tomografía Computarizada. (S.F.). Recuperado el 8 de agosto de la web Medline Plus, <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003330.htm>

Capítulo 403

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

VANESSA QUIROGA MINAYA

INMACULADA DURAN AMOROS

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

ANA MARIN PUERTA

1 Introducción

La Resonancia Magnética (RM) es un estudio diagnóstico de imagen que utiliza un imán y ondas de radio para poder producir la imagen. No utiliza radiación ionizante como en otras pruebas de diagnóstico, sino que utiliza el fenómeno del electromagnetismo.

La RM debe estar situada en el sótano del hospital debido al gran peso del imán y retirada de diferentes ondas de radio que puedan interferir en el proceso de imagen.

La resonancia magnética está indicada para numerosos estudios, desde patologías musculares, ligamentosas u óseas hasta la localización de tumores.

Esta técnica es realizada por el Técnico de Imagen para el Diagnóstico o Técnico Especialista en Radiodiagnóstico (TSID/TER), por lo que su papel es fundamental en el diagnóstico de patologías. El TSID/TER debe tener amplios conocimientos en cuanto a anatomía y física propia del equipo de resonancia magnética. Deberá conocer los diferentes tipos de antenas para cada exploración, al igual que los diversos tipos de secuencias en las que se deberá realizar el examen, cumpliendo unos estándares de calidad y siguiendo minuciosamente los protocolos de imagen.

Las características del equipo de resonancia hacen que algunos pacientes puedan llegar a padecer claustrofobia durante el estudio, por ello el técnico deberá estar constantemente pendiente su estado y anular el estudio en caso de que el paciente no pueda aguantar dentro del imán.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del TSID en los estudios de resonancia magnética
- Exponer la importancia del amplio abanico de conocimientos que debe tener el TSID

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando el técnico de imagen recibe la petición, debe observar que se encuentran todos los datos necesarios para la realización del estudio (nombre completo del paciente, número de historia clínica, firma del facultativo que solicita la prueba, zona de anatomía a estudiar, etc.)

Tanto el radiólogo como el técnico de imagen tienen que conocer y aplicar los protocolos de la forma más adecuada a cada paciente.

El técnico de imagen es el responsable de la aplicación de los estudios y protocolos indicados por el radiólogo, por ello al estar en contacto directo con el

paciente puede detectar circunstancias que pueden ser vitales para la seguridad del paciente y para el correcto desarrollo de la prueba.

Es importante que el técnico de imagen observe e indique que el paciente no porta elementos ferromagnéticos que tienen peligro para la integridad y salud del paciente en el momento de realización de la prueba. Estos elementos ferromagnéticos también pueden provocar artefactos de imagen que distorsionan los resultados del estudio.

El técnico de imagen debe conseguir una situación de confort para que el paciente mantenga la posición indicada y que esté lo más cómodo y relajado posible, ya que los estudios son largos en tiempo, facilitándole en su caso almohadas, auriculares (el estudio provoca mucho ruido).

El técnico pondrá movilizadores como los espaciadores, cuñas, cojines o bandas de sujeción, para que facilite que los pacientes no se muevan durante el estudio para evitar artefactos de imagen por movimiento.

El TSID pedirá al paciente que deberá desnudar la zona anatómica a estudio, y especialmente joyas, objetos metálicos y ciertas prótesis.

El técnico de imagen preguntará al paciente si ha tenido anteriormente alergias al contraste, aunque en resonancia se utiliza el gadolinio, que existe menor porcentaje de reacciones alérgicas. El técnico de imagen debe asegurarse de que ha firmado el consentimiento informado antes de la realización del estudio.

El técnico de imagen debe de saber cuáles son las contraindicaciones absolutas (marcapasos, prótesis oculares, implantes cocleares, bombas de infusión de fármacos implantables, prótesis valvulares cardíacas no compatibles con RM) y relativas (tatuajes extensos, grapas y otros materiales de sutura, stent vasculares) para la realización del estudio.

El técnico en imagen debe de saber que la atención al paciente es un factor muy importante para la realización del estudio y deberá vigilar que el paciente se encuentre bien, tranquilo y sin dolor.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del TSID/TER en resonancia magnética son muy importantes, ya que ellos se encargan de realizar el estudio con la mejor calidad posible para que posteriormente el médico radiólogo informe de la prueba y encuentre un posible

diagnóstico.

Es fundamental que el técnico adquiriera conocimientos sobre el funcionamiento del estudio y de anatomía porque sin ellos no será posible realizar la prueba de imagen. Los conocimientos acerca de resonancia magnética son complicados debido a los múltiples parámetros de realización de los diferentes estudios.

Debido al electromagnetismo presente en el imán, los pacientes por su seguridad no pueden ser portadores de elementos magnéticos, marcapasos o implantes

El estudio de resonancia magnética hace mucho ruido debido a los sistemas de gradientes, por ello el técnico deberá proporcionar al paciente algún elemento de protección frente al ruido (tapones, auriculares...). La resonancia magnética no utiliza radiación ionizante, por lo que es un estudio seguro en comparación con radiografías o TAC.

6 Bibliografía

1. Gil Ramos, J.A., Andrades Romero, H., Torres Moreno, J., Caballero Oliver, A., Bueno Mariscal, C., Rico Corral, M.A., Gómez Martínez, D., Rodríguez Palo, R., González Mesa, F.J., Martínez Torres, F.J., Ramos Caro, S., Gil Martínez, E. (2021). Técnico Superior de Radiodiagnóstico del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. Editorial Mad.
2. Imágenes por Resonancia Magnética. (S.F). Recuperado el 8 de agosto de la web Medline Plus, <https://medlineplus.gov/spanish/mriscans.html>

Capítulo 404

RADIACIÓN IONIZANTE EN AVIONES Y COMO AFECTA A LAS MUJERES EMBARAZADAS

MÓNICA MANZANARES MARTÍN

1 Introducción

Los rayos cósmicos son partículas cargadas de alta energía, rayos X y rayos gamma que provienen del espacio. Dado que esta radiación proviene de la nada, es imposible precisar su origen, pero hay evidencia de que estos rayos cósmicos de alta energía nos llegan desde acontecimientos muy distantes y violentos en el universo, como agujeros negros o estrellas de neutrones. Además, algunos tipos de radiación también provienen de nuestra propia galaxia y sol.

La alta exposición a las radiaciones ionizantes daña nuestras células en diversos grados y daña lo más importante que está debajo de nosotros: el ADN, la molécula que almacena la información genética y contiene las instrucciones que las células de nuestro cuerpo llevan a cabo para funcionar correctamente.

Las partículas de energía altamente cargadas procedentes del espacio chocan con la Tierra, reaccionan con la atmósfera y crean radiación que llega hasta nosotros. Los rayos cósmicos ionizantes se producen constante e implacablemente, por lo que, aunque no puedas verlos, miles de átomos golpean tu palma todo el tiempo. Esta radiación cósmica afecta al cuerpo de la misma manera que los rayos X médicos. Según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), la dosis media anual al nivel del mar es de 0,34 milisievert (un milisievert es una medida de los niveles de radiación ionizante y también se utiliza para calcular, por ejemplo, la exposición anual a la radiación) Esto equivale a no más de dos radiografías de tórax por año

2 Objetivos

- Describir situaciones cotidianas donde se encuentran radiaciones, como puede ser un avión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como vivimos en la Tierra, nuestra exposición a la radiación es mínima, por lo que no tiene efectos inmediatos ni graves para la salud. Por supuesto, esta institución no es la misma en todo el mundo. De esta manera, es importante explicar que estos niveles de radiación cósmica varían según la altitud a la que nos encontremos, por lo que cuanto más alto se asciende, más radiación.

También depende de la latitud, porque cuanto más cerca estás de los polos, más radiación recibes, y cuanto más cerca estás del ecuador, menos radiación recibes. Por supuesto, el segundo factor que tiene mayor impacto es la duración de la exposición, cuanto más tiempo, más daño se hace a nuestras células.

Cuando sumamos todos estos factores, es fácil ver que estamos más expuestos a esta radiación cuando viajamos en avión que cuando viajamos por carretera. Si a esto le sumamos el tiempo pasado en el avión, es la tripulación la que realmente se ve afectada por esta radiación.

Según la Agencia de Medición y Protección Radiológica, la dosis efectiva media anual para las tripulaciones de vuelo es de 3,07 milisieverts. Otras estimaciones oscilan entre 0,2 y 5 mSv por año.

Para garantizar parámetros comparables, los trabajadores de las centrales nucleares están expuestos a aproximadamente 0,5 mSv por año y no deben exceder los 20 mSv por año. Superar este número puede conllevar riesgos como cáncer o infertilidad.

Según los datos, los miembros de la tripulación están en realidad más expuestos a la radiación cósmica que la persona promedio que vuela tres o cuatro veces al

año. Sin embargo, probablemente no sea grande ni peligroso.

La diferencia entre un vuelo con más o menos radiación es la ruta. Más radiación si el vuelo es más largo, menos en cualquier caso. No causa ninguna enfermedad a los pasajeros. Para el personal, un tipo de radiación y otro tipo de radiación están determinados por el número de horas en vuelos de corta y larga distancia. Un viajero o asistente de vuelo que recorre 18.000.000 millas (28.968.192 km) durante 14 años equivale a 1.000 radiografías de tórax, lo que significa que tiene un riesgo superior al promedio de desarrollar cáncer.

En cuanto a la radiación del vuelo, lo único que está en riesgo es la tripulación, los pasajeros no corren peligro, salvo que sigamos un recorrido similar en kilómetros como en el ejemplo. Depende de la ruta y de la altitud, pero en cualquier caso no hay peligro y la exposición a la radiación de los pasajeros es lo suficientemente baja como para causar preocupación. Ni siquiera en los arcos de seguridad. Las afirmaciones de que son peligrosos para los bebés o las mujeres embarazadas son falsas, los campos magnéticos emitidos por los detectores de los aeropuertos son de baja frecuencia e inofensivos.

Para las mujeres embarazadas se valora antes de las 36 semanas de embarazo generalmente se considera seguro para las personas que no han tenido ningún problema durante el embarazo. Sin embargo, si está embarazada, le recomendamos que consulte a su médico antes de volar. Su proveedor de atención médica puede recomendarle que no viaje en avión si tiene ciertas complicaciones en el embarazo que pueden empeorar con el viaje en avión o que requieren atención médica de emergencia. Ejemplos de estas complicaciones incluyen antecedentes de aborto espontáneo o sangrado vaginal, anemia grave, presión arterial alta o diabetes mal controlada. Es posible que no se recomiende volar si tuvo preeclampsia (una afección que causa presión arterial alta y exceso de proteínas en la orina) durante un embarazo anterior. Lo mismo se aplica si tienes gemelos o estás embarazada de varios hijos. Informe a su aerolínea la distancia que desea volar, ya que la duración del vuelo puede variar. También tenga en cuenta que es posible que algunas aerolíneas no permitan que mujeres embarazadas viajen en vuelos internacionales. Consulte con la aerolínea antes de hacer arreglos de viaje.

Después de las 36 semanas de embarazo, es posible que su proveedor de atención médica le recomiende no volar. Algunas aerolíneas no permiten volar a mujeres embarazadas después de las 36 semanas. La aerolínea también puede solicitar una carta de un proveedor de atención médica indicando la duración del embarazo y si es aconsejable volar. Si su médico autoriza viajar en avión y sus planes son flexibles, el mejor momento para volar puede ser el segundo trimestre. Durante

este tiempo, el riesgo de sufrir emergencias comunes durante el embarazo es el más bajo.

5 Discusión-Conclusión

De esto podemos ver que la radiación recibida, como era de esperar, aumenta exponencialmente con respecto a la altura del vuelo, porque la densidad de la atmósfera también disminuye exponencialmente, como estudiamos hace mucho tiempo en el tema de la meteorología (muchos, por ejemplo, pocos).

Por ejemplo, los trabajadores de las centrales nucleares están expuestos a unos 0,5 milisieverts al año, cuando están legalmente limitados a 20 milisieverts.

20 milisieverts, que es la cantidad máxima a la que debería estar expuesta una persona cada año. Superar esta cantidad puede conllevar riesgos como el cáncer. Básicamente, las tripulaciones de vuelo están un poco más expuestas a la radiación cósmica que la persona promedio (que tal vez vuela tres o cuatro veces al año); pero aun así no estamos hablando en modo alguno de sumas enormes o peligrosas. Sin embargo, no se han realizado muchas pruebas en humanos para medir la cantidad de radiación perjudicial para la salud. Sin embargo, todavía no sabemos qué niveles de radiación cósmica son seguros para todos. Por ejemplo, en el caso del cáncer, que puede estar asociado con la radiación y problemas de salud reproductiva, como abortos espontáneos y defectos de nacimiento, es imposible saber si estos problemas pueden ser causados por condiciones laborales con mayor exposición a la radiación. o bajo la influencia de otros factores. Enfermedades como el cáncer son complejas y tienen causas multifactoriales. En 2017, un estudio de la Universidad de Colorado en Boulder concluyó que la exposición a los rayos cósmicos será mayor en la próxima década, ya que coincide con un ciclo solar menos activo, lo que significa que los rayos cósmicos suprimidos en el viento solar reducirán los eventos en la Tierra.

6 Bibliografía

- 1.Fernández, D. C. (2022). 2a parte: Cuánta radiación recibimos los tripulantes de vuelo. Extracrew. <https://www.extracrew.com/articulos/cuantas-radiaciones-recibimos-los-tripulantes-de-vuelo/>
- 2.De Sevilla, D. (2022, 15 febrero). ¿A cuánta radiación estamos expuestos cuando volamos en avión? Diario de Sevilla. https://www.diariodesevilla.es/sociedad/radiacion-volamos-avion_0_1657034737.html

Capítulo 405

BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA GRUESA

DIHIA MAMMERI PÉREZ

1 Introducción

El cáncer de mama es una de las patologías más abrasivas que hay, por eso se debe diagnosticar y tratar a tiempo. A día de hoy se realiza screening a las mujeres en cuanto llegan a una edad en la que es más común que aparezca esta enfermedad. Los principales métodos de screening son la mamografía y la ecografía, sobre todo para aquellas lesiones no palpables.

En caso de que se sospeche de una patología o la probabilidad de que haya tejido canceroso, la mejor opción es la realización de una biopsia, ya que es mucho menos invasiva que realizar un procedimiento quirúrgico. Dependiendo del tipo de lesión, el facultativo recomienda la prueba que más le convenga a la paciente, siendo la BAG (biopsia con aguja gruesa) una de las técnicas más sencillas, inocuas y rápidas.

Generalmente, esta técnica se realiza de manera ambulatoria y se utiliza la ecografía como método guía durante la punción. La ecografía es una técnica que funciona mediante ultrasonidos, por lo que es totalmente inocua al no utilizar radiación ionizante. También se puede realizar con otros métodos como son la resonancia magnética o la estereotaxia.

La prueba en sí consiste en realizar una extracción de tejido de la zona de la mama donde se sospecha que puede haber una lesión.

2 Objetivos

-Explicar el procedimiento y el papel del TSID (técnico superior en imagen para el diagnóstico) en la biopsia de mama

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la realización de una BAG (biopsia con aguja gruesa) el TSID (técnico superior en imagen para el diagnóstico) deberá preparar la sala, manteniendo una zona estéril donde colocar el material necesario, posicionar al paciente en la camilla, y durante la prueba estará encargado de asistir al facultativo.

La prueba se realiza con una aguja de punción denominada TRU-CUT de calibre 12-19G, que se deberá escoger en función de la lesión y su localización dentro de la mama.

El proceso comienza con la localización de la zona a biopsiar por parte del facultativo mediante la ecografía. Una vez localizada, se le administra a la paciente anestesia local para que no le cause ninguna molestia el procedimiento.

Una vez tiene anestesiada la zona se realiza una pequeña incisión por donde se introducirá la aguja TRU-CUT. Se extraen tres o cuatro cilindros de tejido para después analizarlo en el laboratorio. Para que se conserven en buenas condiciones, estos cilindros deben disponerse en un pequeño bote de formol.

Una vez acabada la extracción, el TSID (técnico superior en imagen para el diagnóstico) se encarga de comprimir la zona de la incisión, limpiar y tapar con un apósito, sin necesidad de sutura. Al ser una prueba de carácter ambulatorio, en cuanto se termina la intervención, el paciente puede regresar a casa, manteniendo reposo, sin hacer esfuerzo ni movimientos bruscos.

Este tipo de biopsia se realiza mayoritariamente mediante ecografía, pero también se puede realizar mediante estereotaxia.

En este caso se localiza la lesión mediante el cálculo de coordenadas X, Y y Z a partir de dos imágenes de la lesión realizadas con un ángulo conocido entre sí.

Para la realización de esta técnica se puede utilizar tanto una mesa de esterotaxia como sistemas de estereotaxia adaptables al mamógrafo convencional.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día una gran parte de los cánceres diagnosticados en mujeres proceden de la mama, por este motivo es tan importante diagnosticar cuanto antes las patologías mamarias.

Hay varios métodos que se utilizan de forma rutinaria para identificar nódulos, como son la ecografía y la mamografía. Pero no solo vale con identificarlos, sino que habría que comprobar si se trata de un nódulo benigno o maligno. Por eso se deberán de extraer varias muestras de tejido para analizarlo.

Para biopsiar el tejido hay distintos métodos también, pero la BAG (biopsia con aguja gruesa) destaca por su sencillez, rapidez y fiabilidad.

6 Bibliografía

1. L. Pina, L. Apesteguía, E. de Luis, J. Sáenz Bañuelos, G. Zornoza, F. Domínguez Cunchillos. Técnicas de biopsia para el diagnóstico de lesiones mamarias no palpables. Anales del Sistema Sanitario de Navarra.
2. Martínez Gálvez, María; Sociedad Española Diagnóstico Por Imagen De La Mama (SEDIM); Alonso Bartolomé, Pilar. Radiología de la Mama: manual práctico de Diagnóstico por la Imagen. Editorial Médica Panamericana, 2021. 8491105530, 9788491105534.

Capítulo 406

FISIOLOGÍA DE LA COAGULACIÓN. PRUEBAS DE LABORATORIO UTILIZADAS PARA DETECTAR ALTERACIONES EN EL SISTEMA DE LA COAGULACIÓN. APARATOS UTILIZADOS

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

1 Introducción

Normalmente, aparecen lesiones en los vasos sanguíneos que causarían la pérdida de sangre, la hemostasia desencadena una serie de reacciones en cadena con el objetivo de reducir al mínimo esta pérdida. En estas reacciones en cadena se activan plaquetas que formarán el trombo, se activa la coagulación, y por último se activa la fibrinólisis.

La hemostasia es el conjunto de mecanismos que permiten mantener la integridad del árbol vascular, impidiendo las pérdidas de sangre (evitando extravasaciones) y las obstrucciones (manteniendo la sangre fluida).

Se divide en hemostasia primaria y hemostasia secundaria o coagulación. La hemostasia primaria es vasoconstricción, adhesión de las plaquetas al endotelio y agregación entre sí mismas. Y la hemostasia secundaria es la formación del coágulo de fibrina.

En la hemostasia participan 3 componentes: componente vascular (tejido de soporte: pared del vaso que evitan la hemorragia y endotelio que evita la trombosis), componente plaquetario y las proteínas de coagulación.

Un sistema complementario a la coagulación es el de fibrinólisis, formado por activadores e inhibidores, cuya función es la disolución del coágulo una vez se ha controlado el proceso.

En el presente capítulo se describirán el proceso de hemostasia, las técnicas de diagnóstico de alteraciones de la hemostasia y las patologías que causan.

2 Objetivos

- Describir el fundamento de la hemostasia primaria y secundaria, así como el proceso fibrinolítico complementario a esta.
- Recopilar las diversas pruebas que detectan las alteraciones en la coagulación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito publicada en los últimos años. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

4.1. Hemostasia

4.1.1. Plaquetas

Las plaquetas tienen un papel importante en el proceso de hemostasia. Sus funciones son: formación de trombo plaquetario, participación en la hemostasia se-

cundaria, protección del endotelio capilar y participación en la respuesta inflamatoria.

4.1.2. Hemostasia primaria

Los pasos que se desencadenan en la hemostasia primaria cuando se produce la lesión en un vaso, son:

1º Vasoconstricción

2º Formación del tapón plaquetario primario o trombo blanco plaquetario: adhesión y agregación plaquetaria.

4.1.3. Hemostasia secundaria o coagulación

Es el proceso por el que se forma el coágulo definitivo de fibrina.

Para ello son necesarios una serie de factores de la coagulación (Imagen de Factores de coagulación).

Según como se active la cascada de coagulación, si por factores propios de la sangre o factores externos, distinguimos dos vías principales por las cuales se forma el complejo activador de la protrombina: vía extrínseca (factores externos) y vía intrínseca (factores propios). Ambas vías confluyen en la vía común, dando lugar a una malla de fibrina débil que por la acción del factor XIII o factor estabilizador de la fibrina genera una malla estable, formando el trombo secundario. Sin calcio no hay coagulación por ninguna vía. a) Nuevo modelo de coagulación: Recientemente se ha descrito un nuevo modelo de coagulación conocido como modelo celular de la coagulación, dicho modelo realza el papel de las células.

4.1.4. Control de la coagulación y eliminación del trombo

En ausencia de lesión vascular (situación normal) hay varios factores que impiden la coagulación, estos son: factores propios del endotelio y del sistema vascular, o factores anticoagulantes del plasma.

Los factores propios de endotelio y del sistema vascular son: superficies lisas, flujo no turbulento, trombomodulina (proteína endotelial)

Los principales factores anticoagulantes: antitrombina III o cofactor antitrombina-heparina, fibrina (delimita la reacción de la coagulación), plasmina, inhibidores de los factores Va y VIIIa: proteína C y proteína S e inhibidor de la vía del factor tisular.

Cuando se forma un trombo, existen mecanismos de eliminación que permite restablecer la circulación. En este proceso participan el factor activador del plasminógeno tisular (TPa) y el plasminógeno (proenzima de la plasmina). La plasmina resultante degrada las fibras de fibrina, permitiendo que el trombo se disuelva. Los productos de degradación de la fibrina son D dímeros y productos de

degradación de fibrinógeno (PDF).

Los factores inhibidores de los factores principales anticoagulantes son α -2 macroglobulina y α -2 antitripsina que inhiben plasmina y el factor inhibidor del factor activador del plasminógeno (PAI-1).

4.2. Pruebas que detectan las alteraciones de la coagulación.

La mayoría de las pruebas utilizadas para valorar el estado de la coagulación son cronométricas o coágulométricas, es decir, miden el tiempo de formación del coágulo de fibrina, ya que es indicativo del estado de normalidad o de carencia de factor o grupo de factores evaluados. Cada una de estas pruebas está diseñada de una forma diferente para que la formación del coágulo dependa de un factor o grupo de factores distintos.

También se pueden realizar pruebas cromogénicas o colorimétricas, ya que muchas de los factores de coagulación son enzimas, se puede determinar su capacidad enzimática al utilizar un sustrato ligado a una sustancia que dará color al interaccionar con el factor de coagulación de estudio. La velocidad de formación del color puede ser cuantificada por espectrofotometría de tipo cinético, siendo directamente proporcional a la actividad enzimática del factor evaluado, y por consiguiente a la concentración de este en la muestra.

Otra forma de poder cuantificar los factores de coagulación es mediante técnicas inmunológicas, como por ejemplo inmunodifusión radial o inmunoturbidimetría, ya que la mayoría de dichos factores son glucoproteínas. Hay que tener en cuenta que con estas técnicas solo se cuantifican, no se valora su capacidad funcional.

4.2.1. Pruebas de evaluación de la hemostasia primaria

Determinan la funcionabilidad de las plaquetas valorando tiempos de coagulación.

- Tiempo de sangría o hemorragia: se determinan a través de las técnicas de Duke (incisión superficial en el lóbulo de la oreja) o Ivy (pinchazo con aguja especial en antebrazo). Valores normales 8 min y patológico 10 min o más. En la actualidad han quedado obsoletas y se ha sustituido por el analizador de la función plaquetaria (PFA-100).
- Prueba de fragilidad capilar: existe una relación directa entre el estado del endotelio y la cantidad de plaquetas presentes. Se utilizan dos pruebas para realizar un cálculo cualitativo: método de succión y prueba de Rumpel-Leede. Ambas pruebas se basan en el recuento de la aparición de petequias.
- Recuento de plaquetas y examen de plaquetas en frotis de sangre periférica: Norma 150.000-450.000 plaquetas / μ L
- PFA-100 (Analizador de función plaquetaria, automatizado): mide el tiempo que

tardan las plaquetas en sangre total en formar un tapón que ocluya la apertura de una membrana recubierta de activadores de la agregación plaquetaria (colágeno/adrenalina o colágeno/ADP), tiempo de obturación. Utiliza sangre con citrato sin centrifugar.

- Pruebas de adhesión plaquetaria: normalmente se emplean métodos Hellem y de Salzman. La prueba consiste en hacer pasar a las plaquetas por un tubo lleno de bolas de cristal y medir la capacidad de adhesión que presentan las plaquetas, comprobando cuantas quedan retenidas. Los valores normales son del 50% de adhesión plaquetaria respecto al plasma normal.
- Pruebas de agregación plaquetaria: se realiza por procedimientos fotométricos de Born. Se usa un plasma rico en plaquetas que se añaden agregantes plaquetarios (ADP, adrenalina, colágeno y ristocetina). A continuación, se agita y se mide la densidad óptica. La agregación plaquetaria cursa con una disminución de la densidad óptica.
- Otras pruebas: secreción de sustancias por plaquetas (liberación de serotonina, factor plaquetario 4, disponibilidad de factor plaquetario 3), determinación del tamaño plaquetario, valoración de la supervivencia plaquetaria (marcas las plaquetas con ^{51}Cr , retracción del coágulo, determinación de FvW, determinación del cofactor de la ristocetina. También se puede realizar pruebas mezclando el PRP con agonistas como ristocetina (cofactor del receptor GPIb-IX y una FvW, y no se producirá la coagulación, es decir, el tapón plaquetario).

4.2.2. Pruebas de evaluación de la hemostasia secundaria o de coagulación

Tiempo de coagulación: es el tiempo necesario para que se forme el coágulo, se determinan colocando la muestra en tubo de vidrio a 37°C dejándolo en reposo. Los valores normales oscilan entre 5-10 minutos.

Tiempo de recalcificación del plasma: se extrae la muestra con citrato como anti-coagulante, se coloca la muestra en tubo de vidrio, añadimos cloruro cálcico y se cronometra el tiempo hasta la formación del coágulo. Valores normales 90-250 segundos.

Tiempo de tromboplastina parcial (TTP) o tiempo de cefalina: se mide el tiempo que tarda en coagular un plasma pobre en plaquetas tras su recalcificación (CaCl_2) al que se ha añadido cefalina (suspensión de fosfolípidos obtenidos de cerebros de conejo) que actúa como sustituto de factor 3 plaquetario. Valores normales 60-100 segundos)

Tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA): alteración de la vía intrínseca, es una prueba igual TTP, pero se incorpora el activador de contacto: caolín, polvo de vidrio, sílice o celite y ácido elágico. Al añadir el activador de contacto se activa la vía intrínseca y la vía común. Es la prueba más sensible para estudiar la vía

intrínseca. Valor normal 35-43 segundos.

Detecta deficiencia de todos los factores de coagulación, especialmente de factores VIII y IX, y exceptuando los factores III, VII y XIII.

El TTPA verá alterado en hemofilias, déficit aislados de factor IX o XI y tras la administración de heparina.

Se utiliza para el control del tratamiento con heparinas

Tiempo de protrombina (TP) o teste de Quick: mide el tiempo de coagulación de un plasma pobre en plaquetas tras añadirle calcio y factor tisular o tromboplastina tisular (extractos de cerebro o de pulmón de procedencia humana o de conejo o vaca, y se mezcla con CaCl_2 por lo que se conoce como tromboplastina cálcica). Estudia las alteraciones de la vía extrínseca (factor tisular y factor VII) y la común (factores X, V, II y fibrinógeno). Valores normales 12-14 segundos.

En esta prueba se debe tener en cuenta el ISI (índice de sensibilidad internacional), es una variable dependiente del tipo y de lote de tromboplastina, lo facilita el fabricante y que compara su respuesta con la tromboplastina de referencia facilitada por la OMS. Cuanto más cercano es el valor a 1, mayor es su concordancia con el patrón primario.

Los valores se ven alterados en enfermedad hepática grave y tras el consumo de anticoagulantes orales. Cuando solo se altera el TP, siendo los demás tiempos normales, está alterado el factor VII.

Se utiliza para el control del tratamiento de anticoagulantes orales.

El resultado de esta prueba también puede expresarse en forma de ratio corregido con el ISI, que permite comparar los resultados obtenidos con distintos reactivos comerciales. Recibe el nombre de International Normalized Ratio (INR), se calcula $(\text{TP de la muestra} / \text{TP plasma control normal})^{\text{ISI}}$

Tiempo de Stypven: se determina de forma parecida a la TP, pero la tromboplastina tisular se sustituye por veneno de víbora Russell. Este veneno puede activar la protrombina con los factores V y Xa, sin la intervención del factor VII. Sirve para confirmar el déficit de factor VII y determina alteraciones en factor V, X y II, estando el TP alargado y el tiempo de Stypven normal. Estudia la vía extrínseca y la vía común.

Tiempo de veneno de víbora de Russell: capaz de activar el factor X por si solo, permite determinar la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos (anticoagulante lúpico) que se ve alargado y se corrige al añadir en exceso fosfolípidos.

Tiempo de trombina (TT): es el tiempo que tarda en coagular el plasma pobre en plaquetas al añadir una pequeña cantidad de trombina comercial (suele ser bovina), puede ser cálcica o no cálcica.

Estudia la vía común, es decir, la funcionalidad del fibrinógeno (integridad del

paso de fibrinógeno a fibrina). Valores normales 15-18 segundos.

El tiempo está alargado en alteraciones de tipo cualitativo o cuantitativo de fibrinógeno y si hay exceso de inhibidores de la trombina (heparina o productos de degradación de fibrinógeno, PDF)

Tiempo Reptilase (TR): es una variante del TT, pero utiliza veneno de víbora del género *Bothrops* en vez de trombina. Analiza la vía común. Valores normales 15-20 segundos.

Este veneno tiene la misma función que la trombina, pero no es inhibido por la heparina. Esta prueba se utiliza para diferenciar entre una alteración de fibrinógeno y un efecto de la heparina. Ya que, si el TT está alargado y el TR es normal, el paciente está heparinizado, y por el contrario si los dos tiempos están alargados, el paciente tiene una alteración cuantitativa o cualitativa de fibrinógeno.

Prueba de solubilidad del coágulo de urea: evalúa el factor XIII. El coágulo problema que se ha formado se le añade una solución 5M de urea o de ácido monocloroacético 1 %. Si pasadas 25 horas el coágulo persiste, este está estabilizado y el plasma problema tiene cantidad aceptable de factor XIII. Si por el contrario el coágulo se disuelve, aproximadamente en 15 min, el plasma problema presenta déficit de factor XIII.

Dosificación del fibrinógeno: se realiza cuando están alargados los TP o TTPA, así como ante la sospecha de una coagulación intravascular diseminada (CID). La determinación más precisa es la de Claus, determina el fibrinógeno funcional. También se pueden utilizar métodos inmunológicos ya comercializados. Valores normales del fibrinógeno en sangre 150-450 mg/dL.

4.2.3. Pruebas de mezclas

Estas pruebas se realizan unas tras otras cuando el TTPA en el plasma problema está alargado. La causa de la diátesis hemorrágica se puede deber a un déficit de alguno de los factores de coagulación o a la presencia de inhibidores de los mismos, para determinar el origen se realizan estas pruebas:

Prueba de mezcla de plasma normal: se mezcla en partes iguales el plasma problema y el plasma que se sabe que es normal. Si el TTPA se corrige en la mezcla hay algún factor de coagulación de la vía intrínseca alterado en la muestra problema, si no se corrige hay sustancias inhibitoras de la coagulación.

Prueba de mezcla de suero normal: se mezcla por partes iguales el plasma problema con un suero normal que tiene factor XII, XI y IX pero carece de factor VIII. Si el TTPA se corrige falta alguno de los factores XII, XI, IX. Si no se corrige falta el factor VIII. Identifica hemofilia A (falta factor FVIII).

Prueba de mezcla con plasma normal adsorbido: el plasma adsorbido se obtiene

al mezclar el plasma con alguna sustancia (hidróxido de aluminio) que hace que carezca de factor IX.

Se mezclan a parte iguales si el TTPA se corrige falta XII o XI y si no se corrige falta IX. Identifica hemofilia B (falta factor IX)

Si los tiempos de coagulación siguen siendo elevados, el plasma presenta inhibidores de los factores de coagulación. Si por el contrario los factores se normalizan, el plasma presenta niveles bajos de algún factor.

4.3. Aparatos utilizados en el estudio de la coagulación

Para el estudio de las pruebas cromogénicas basta con la utilización de un espectrofotómetro. Sin embargo, para la lectura de las pruebas de coagulométricas se necesitan un aparato especial conocido como coagulómetro.

Un coagulómetro básico es capaz de mantener la temperatura óptima de la muestra y lleva a cabo un mezclado homogéneo del plasma y el reactivo (CaCl_2). A medida que aumenta la opacidad de la mezcla, llega menos luz al fotodetector disminuyendo la tensión. Al formarse el coágulo, la opacidad se incrementa bruscamente y la reducción de las señales que llegan al microprocesador hace que esté pare el cronómetro y finalice la lectura. El tiempo registrado por el cronómetro es ofrecido al analista en una pantalla o/y es impreso en una tira de papel.

Actualmente los modernos miniautomatizadores, incorporan además, múltiples mejoras como: lector de código de barras que identifica la muestra, procesamiento simultáneo de varias muestras, brazo robótico, calibración automática, doble sistema óptico que permite tanto la lectura de pruebas cromogénicas como coagulométricas, resultados no solo en forma de tiempo transcurrido sino también en porcentaje INR, archivo de datos de calibración y de control de calidad e impresión mensual de gráficas de calibración y de curvas de Levey-Jennings.

Recientemente han surgido coagulómetros (Coágulocheck de Roche) capaz de determinar inmediatamente el INR en sangre capilar usado para el control de la autocoagulación en asistencia primaria. Se trata de un fotómetro de reflectancia, portátil, de poco peso y precisa de tiras reactivas especiales que pertenecen a las técnicas de química seca.

Para analizar la hemostasia primaria el aparato más destacado es el PFA-100 (analyzer de función plaquetaria) contiene distintos cartuchos con membranas de colágeno/epinefrina o colágeno /ADP)

5 Discusión-Conclusión

La hemostasia es un proceso fundamental para la integridad corporal. Sin embargo, si no es autocontrolada puede ser muy peligrosa. Por un lado, al desencadenarse hemorragias, y por otro debido a la formación de trombos o coágulos anómalos.

Las alteraciones existentes de dicho proceso, ya sean congénitas o adquiridas, desencadenadas por falta o alteración de los componentes que intervienen en él, generan enfermedades altamente limitantes.

Por ello, conocer proceso de hemostasia y las pruebas de estudio del mismo con el objetivo de diagnosticar la causa de la alteración del proceso es de vital importancia para poder instaurar la correspondiente terapia sustitutiva del factor o factores carentes o indicar un tratamiento.

6 Bibliografía

1. García Espinosa B, Crespo González MR, Rubio Campal F. (2015). Técnicas de análisis hematológicos. España: Ediciones Paraninfo, S.A; 2015.
2. Giménez Serrano S. Trombosis, clínica y farmacoterapia. Farmacia profesional; 2003, vol 17 n°5, 54-64p
3. Hematología: Volumen 21 - Número Educacional - Fisiología de la Hemostasia Normal. Argentina: Sociedad Argentina de Hematología; 2017.
4. Lichtman MA et al. Williams manual de hematología.10ªed.España: McGraw-Hill;2015.
5. Silva García MªC, García Bermejo MªJ, Cantos Solaz MªDesamparados. Técnico/a Superior de Laboratorio del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).vol 2. España: Editorial Mad y Eduforma; 2020.

Capítulo 407

FISIOPATOLOGÍA DE LA HEMOGLOBINA. PRUEBAS DE LABORATORIO UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SUS ALTERACIONES

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

1 Introducción

La hemoglobina es una proteína compleja que se encuentra en el citoplasma del glóbulo rojo, llegando a constituir el 95% del peso del hematíe. La determinación de moléculas de hemoglobina cuya estructura está alterada forman el conjunto de enfermedades denominadas hemoglobinopatías.

Las hemoglobinopatías constituyen una de las enfermedades monogénicas más frecuentes y un importante problema de salud pública en determinadas áreas geográficas, por ello es importante disponer de herramientas para su detección,

diagnóstico, prevención y tratamiento. Es aquí donde el laboratorio de análisis clínico juega un papel crucial en el correcto diagnóstico, así como de instaurar un adecuado tratamiento y hacer un seguimiento de la evolución de la patología, para ello dispone de técnicas junto a avances tecnológicos que lo hacen posible.

Las principales pruebas analíticas de las que dispone el laboratorio clínico para el cribado y diagnóstico de las hemoglobinopatías y que se desarrollarán a lo largo del presente capítulo son: hemograma, cromatografía líquida de alta resolución, electroforesis alcalina y ácida y electroforesis capilar.

En ocasiones el diagnóstico definitivo requiere la confirmación mediante el uso de técnicas moleculares, algunas de las más utilizadas son: PCR-Gap, PCR con enzimas de restricción, amplificación de sondas tras ligación múltiple (MLPA) y secuenciación de DNA.

Las guías internacionales recomiendan al menos el uso de dos métodos diagnósticos diferentes para la identificación correcta de una variante de hemoglobina.

2 Objetivos

- Resumir la estructura de la hemoglobina, proteína esencial en el transporte de oxígeno
- Explicar la función de la hemoglobina en el mencionado transporte de oxígeno a los tejidos.
- Enumerar las hemoglobinopatías más frecuentes en la población, así como las técnicas de estudio de las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito publicada en los últimos años. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

4.1. Fisiología de la hemoglobina

La hemoglobina (Hb) es una proteína conjugada, formada por una parte no proteica o grupo prostético denominada hemo y una parte aminocídica o proteica denominada globina. Está formada por 4 subunidades, cada una de ellas constituida por una globina y un grupo hemo.

Hemoglobina= 4 cadenas polipeptídicas +4 grupos hemo.

La Hb se encuentra en el citoplasma del glóbulo rojo, llegando a constituir el 95% del peso seco del hematíe. Cada molécula de Hb es capaz de transportar 4 moléculas de O₂. Un glóbulo rojo tiene 270 millones de moléculas de hemoglobina, por lo que puede transportar 1080 moléculas de O₂, 1,34 mL de O₂

4.1.1. Grupo hemo

El grupo hemo está formado por una protoporfirina IX (tetrapirrol cíclico responsable del color rojo), y un átomo de hierro (estado ferroso o reducido (Fe²⁺)).

4.1.2. Globina

La parte proteica de la molécula está constituida por cuatro cadenas polipeptídicas, denominadas alfa (α), beta (β), gamma (γ), delta (δ), épsilon (ε) y zeta (ζ). (Imagen estructura hemoglobina)

Función de la hemoglobina

Tiene como función fundamental recoger el oxígeno de los alveolos pulmonares y transportarlo hasta los tejidos, y a su vez recoge el dióxido de carbono (CO₂) producido en los tejidos y llevarlo de nuevo hacia los alveolos pulmonares, produciendo así, el intercambio gaseoso, tanto en el alveolo como en los tejidos.

Dependiendo del estado en el que se encuentre la Hb tomará diferentes nombres: si se encuentra cargada de oxígeno se llama oxihemoglobina (oxiHb), por el contrario, si está libre de oxígeno y en disposición de unirse al O₂ o CO₂, se llama desoxihemoglobina (desoxiHb) o hemoglobina reducida. Si la hemoglobina está saturada de CO₂, se denomina carbaminohemoglobina, y si está saturada de monóxido de carbono (CO) carboxihemoglobina, este caso es inusual y puede originar la muerte del paciente. Por último, se denomina metahemoglobina a la Hb cuyo ion de hierro que contiene está en su forma férrica, estado oxidado (Fe³⁺) originando un color azul pardo.

4.2. Hemoglobinopatías

Se deben a un defecto congénito de carácter hereditario que tiene como consecuencia una estructura anormal en alguna de las cadenas de globina de la molécula de Hb.

Normalmente el término hemoglobinopatía se reserva para las anomalías de la

Hb producidas por el simple cambio de un aminoácido en alguna de las cadenas de globina. Utilizándose el termino talasemia para las hemoglobinopatías causadas por falta de síntesis, total o parcial de una cadena completa de globina. a) Talasemias: se produce un desequilibrio entre la producción de las cadenas existentes y se forman agregados que terminan precipitando en los glóbulos rojos provocando su hemolisis.

- Talasemia delta-beta: amplias deleciones en el cromosoma 11 que disminuyen la síntesis de más de una cadena. Faltan cadenas delta y beta.

- α -talasemia: deleciones en el cromosoma 16, puede afectar de 1 a 4 alelos (dos copias del gen en cada cromosoma 16). En función del número de alelos afectados de globina alfa se distinguen:

- ☒ α -talasemia siliente ($\alpha\alpha/\alpha-$): 1 alelo afectado y asintomática

- ☒ rasgo α -talasémico ($\alpha\alpha/-$): 2 alelos afectados, normalmente no causa problemas en la salud, pero puede ocasionar anemia y glóbulos microcíticos.

- ☒ Enfermedad de la HbH ($\alpha-/-$): 3 alelos afectados, da lugar a la formación de tetrámeros con 4 cadenas β ($Hb=\beta_4$), los cuales tienen una gran afinidad por el oxígeno y son altamente inestables, precipitándose como cuerpos de Heinz (detectables con azul cresil brillante)

- ☒ 4 alelos afectados ($-/-$): es incompatible con la vida, se conoce como hidropesía fetal. Solo se produce Hb γ_4 ya mencionada Hb de Bart.

- β -talasemia: se produce por mutaciones puntuales en el gen beta del cromosoma 11, para intentar compensar se forma HbF(α_2/γ_2). Subtipos:

- ☒ β -talasemia Minor o rasgo talasémico (individuos heterocigotos): frecuente en España. La HbA₂ está aumentada HbF permanece normal.

- ☒ β -talasemia Mayor o anemia de Cooley (homocigotos para la mutación en el gen β). Aumenta la HbA₂ y aumenta mucho la HbF.

- ☒ Hb Lepore ($\alpha_2(\delta\beta)_2$), el gen $\delta\beta$ (gen Lepore) fusionado. La HbLepore presenta una movilidad junto a la HbS en la electroforesis a pH alcalino, y junto la HbA a pH ácido, en el HPLC presenta un tiempo de retención similar al de la HbA₂, interfiriendo en su cuantificación, pero con un perfil característico, y en la electroforesis capilar presenta una movilidad entre la HbE y la HbC.

- ☒ Hemoglobina E: se debe a un cambio de aminoácido, ácido glutámico por lisina, en la la posición 26 del gen de la β -globina (β_{26} Lys-Glu). pH alcalino, la HbE presenta la misma movilidad electroforética que la HbA₂ y la HbC, mientras que a pH ácido la movilidad es igual que la HbA y la HbA₂. En el HPLC, la HbE se separa de las HbA y HbC, pero co-eluye en el tiempo de retención de la HbA₂ interfiriendo en su cuantificación b) Hemoglobinopatías: en las formas hereditarias solo los individuos homocigotos presentan sintomatología. Según el tipo de Hb

afectada pueden ser:

- Hemoglobinopatías con disminución de la solubilidad:

- ☒ Hemoglobina S (HbS): anemia drepanocítica, hemoglobinopatía S o enfermedad de sickle-cell. Se produce por el intercambio del aminoácido glutámico por una valina en la cadena beta en posición 6. Es frecuente en la raza negra y proporciona resistencia natural a la infección por *Plasmodium falciparum*. En frotis sanguíneos se observan drepanocitos.

- ☒ Hemoglobina C (HbC): se sustituye un aminoácido de glutámico por una lisina en posición 6 de la cadena beta. Se observan glóbulos rojos con forma de dianocitos.

- Hemoglobinopatías con disminución de la estabilidad (Hb inestables): existen aproximadamente 90 variantes. Precipitan con propanolol, isopropanol, calor y pH ácido.

- Hemoglobinopatías de alteración de afinidad por el O₂: Hb Hiroshima (aumenta la afinidad), Hb Kansas (disminuye la afinidad), Hb Boston que hay una excesiva producción de metaHb.

- Otras hemoglobinas variantes

Además de las hemoglobinas estructurales comentadas, podemos hallar otras variantes como la HbD-Punjab (relativamente frecuente), la HbO-Arab, la HbJ, Hb Hope o la HbGPhiladelphia (una variante de cadena alfa más frecuente).

4.3. Técnicas de estudio de los distintos tipos de Hb

4.3.1. Cuantificación y determinación de la hemoglobina

La determinación de la concentración de la Hb en la sangre periférica es un paso fundamental en el diagnóstico de las anemias.

Existen varios métodos para su determinación, aunque los más utilizados se basan en la capacidad físico-química de la Hb o de alguno de sus derivados como la oxihemoglobina o la cianmetahemoglobina de absorber la luz (métodos fotométricos).

El método recomendado por el Comité Internacional para la Estandarización de la Hematología (ICSH) para medir la concentración de Hb es el método cianmetahemoglobina, por su exactitud y la existencia de patrones de referencia internacional.

La cianmetahemoglobina formada en dicho método es un compuesto estable durante 8 horas, de color rojo, con un pico de absorbancia máxima en 540nm, cuya concentración se determina mediante lectura fotométrica al comparar la absorbancia de la muestra problema con la obtenida a partir de un patrón o estándar, aplicando la Ley de Lambert Beer.

Otros métodos que se pueden llevar a cabo son:

- Método de detección de SLS (laurilsulfatosódico): método similar al anterior sin cianuro, utiliza como reactivo SLS, que forma un complejo estable con la Hb y se analiza con método fotométrico.
 - Método de la oxihemoglobina es más simple y rápido, pero carece de patrón estable, por eso se recomienda el método de la cianmetahemoglobina. El reactivo empleado en este caso es una solución de hidróxido amónico y se analiza la muestra por método fotométrico.
 - Determinación de haptoglobina plasmática: ya que es la encargada de unirse a la Hb libre para evitar su eliminación. En esta determinación son necesarios los reactivos de guayacol y una solución de metaHb. Se realiza la lectura a 470nm en el espectrofotómetro.
 - Método de escala de color: la OMS ha patentado un sistema de escala de color ideal para lugares donde no existe la electricidad ni equipamientos concreto. Se basa en la alteración del color de la sangre secundario a la alteración de los niveles de Hb. La técnica es muy simple y sencilla, consiste en una cartulina con franjas de color con un círculo blanco en el centro. Deberemos de añadir una gota a cada círculo, esperar 30 segundos y comprobar el color con el que se corresponde más.
 - Hemoglobímetro directo: se trata de un dispositivo muy útil para la determinación directa de Hb en pacientes crónicos, se llama HemoCue. Es similar al dispositivo de análisis de niveles de glucemia en diabéticos. Con una gota de sangre determina los valores en menos de 60 segundos y puedes almacenar 600 valores, imprimirlos o enviar los datos a un ordenador.
 - Electroforesis de hemoglobinas: es una técnica analítica que separa las moléculas en función de su carga eléctrica neta al aplicar una corriente eléctrica en un medio electrolítico. Si las moléculas están cargadas positivamente (cationes) migran al ánodo, pero si están cargadas negativamente (aniones) migran cátodo. Los medios de soporte donde se realizan la electroforesis pueden ser varios: acetato de celulosa, gel de almidón, papel, bloque de almidón, etc.
- Para diferenciar la HbA (predominante en adultos) de las hemoglobinas anormales se realiza una electroforesis en medio alcalino (pH 8,6-8,8) generando una carga neta de la hemoglobina negativa (migra al ánodo) y el soporte es de acetato de celulosa. La electroforesis puede ser completada en una hora y la tira debe de ser coloreada inmediatamente.
- En la sangre al haber distintos tipos de Hb, cada una de ellas adquiere la carga eléctrica de una forma más o menos intensa, dependiendo del punto isoeléctrico. De modo que migran diferente, lo que nos permite diferenciarlas. Para visualizar las bandas donde han migrado las hemoglobinas se usan como tinción Rojo Ponceau o Negro amido.

Con la observación visual nos permite detectar la presencia de bandas anómalas o de alteraciones en las bandas normales. También se puede efectuar una lectura fotodensitométrica, proporcionando una idea de la cantidad de cada tipo Hb en relación al total. Es decir, podemos obtener información cuantitativa y cualitativa.

Al finalizar la electroforesis generalmente las bandas se suelen observar son: la primera banda corresponde a la anhidrasa carbónica que siempre tienen que estar presente, se usa como control de que la electroforesis es correcta. La segunda es la hemoglobina glicosidada (GA1), la tercera banda es la HbA₂, la cuarta banda es la HbS, la quinta banda la Hb fetal (HbF) y la sexta banda la HbA.

La EF ácida permite la separación de la HbC de la HbE, la HbO y la HbA₂.

- Cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) de intercambio iónico: en la actualidad, muchos laboratorios utilizan HPLC como primer método en el screening diagnóstico de las hemoglobinopatías por las ventajas que ofrece, al ser una técnica rápida, precisa y reproducible para la detección de diferentes fracciones de Hb humanas. Por ejemplo:

Cuantificación de la fracción Hb A₂: se basa en una cromatografía a pH 8,5 cuya fase estacionaria es DEAE (carga positiva) al cual la HbA (carga negativa en pH alcalino) se une más fuerte que la HbA₂, dando su rápida separación y pudiendo obtener el porcentaje de ambas.

- Determinación de Hb fetal (HbF): no se debe usar la electroforesis ya que su movilidad es muy similar a la de la HbA y esta dificulta su diferenciación. Para determinar la HbF sometemos el hemolizado a una desnaturalización alcalina, donde la HbF es más resistente que el resto de Hb y así podemos diferenciarlas leyendo los resultados espectrofotométricos (540 nm).

- Electroforesis capilar: La separación de hemoglobinas se lleva a cabo en el interior de un capilar de sílice de unas 25µm de diámetro aproximadamente. El interior del capilar está constituido por una solución buffer o tampón de electrolitos con pH alcalino, el cual es conductor de la corriente eléctrica. Las muestras son diluidas con una solución hemolizante e introducidas en el ánodo por aspiración de manera automatizada. La separación de las hemoglobinas tiene lugar en función de su relación masa/carga al aplicar un alto voltaje (hasta 10000 voltios) entre los extremos del capilar, permitiendo así una separación rápida y de alta resolución. La migración de las hemoglobinas se produce hacia el cátodo (-) gracias a la fuerza que ejerce el flujo electroosmótico. Las hemoglobinas son detectadas en una burbuja de lectura situada en la parte catódica mediante absorbancia a una longitud de onda de 415 nm. Cada tipo de hemoglobina presenta una velocidad específica de migración y se separa en una zona determinada. Los

resultados de las migraciones se representan en forma de picos y se muestran en 15 zonas distintas, siempre en relación a la zona de migración de la HbA.

4.3.2. Estudio de hemoglobina inestable

La Hb presente en el organismo humano, de forma normal, soporta una serie de condiciones físico-químicas. Como ya se ha mencionado, es posible que la Hb presente algún tipo de alteración que ocasione su desnaturalización frente a estos factores “normales”, originando precipitados en el interior del hematíe y acortando la supervivencia de estos. Para ponerlos de manifiesto se hacen estudios específicos.

- Estabilidad frente al calor: se somete la muestra a 50°C durante 2 horas, la presencia de Hb inestables presentará un precipitado blanquecino en el tubo de muestra.
- Estabilidad frente al isopropanol: la muestra de sangre se somete a isopropanol, las Hb inestables precipitan a los 10 minutos apareciendo un precipitado blanquecino
- Pruebas de solubilidad de la HB: la Hb alterada ante un agente reductor se volverá insoluble, como son HbS y HbC.

4.3.3. Determinación de carboxihemoglobina y metahemoglobina

Este tipo de Hb no son eficaces trasportando oxígeno. a) Determinación de carboxiHb existen diversos métodos, incluyendo métodos automatizados. Se puede realizar por espectrofotometría, pero los picos de absorbancia son muy similares a los de oxiHb, por lo que se pueden usar unos métodos más factibles para su determinación tales como:

- Prueba de álcali: donde se coloca en una placa Petri dos gotas de sangre problema y dos gotas de sangre control, añadimos dos gotas de NaOH. Si la prueba es negativa las muestra control y problema cambiaran a marrón castaño y si la muestra es positiva, no cambia el color.
- Prueba de Katayuma: se usa como reactivo ácido acético, si la muestra es positiva adquiere una tonalidad roja rosácea y si la prueba es negativa color pardo castaño, al igual que el control. b) Determinación de metaHb se utiliza una técnica espectrofotométrica (578 y 522nm)

También ambas pueden ser determinadas por autoanalizadores de gasometría que tienen cooxímetro, un dispositivo que calcula la saturación de O₂, ya que cuando aumenta la concentración de ese tipo de Hb, disminuye la saturación de O₂.

Normalmente el valor de este tipo de Hb está comprendido entre 0-1,5%.

4.4. Determinación de hemoglobinopatías por métodos moleculares: PCR-gap, PCR enzimas de restricción, amplificación de sondas tras ligación múltiple

(MLPA) y secuenciación de DNA.

4.4. Porfirias

Son alteraciones en la síntesis del grupo hemo por anomalías en algunas de las enzimas que participan en la síntesis del grupo hemo, pueden ser congénitas o adquiridas (intoxicación por plomo ya que inhibe la ALA sintasa y ferroquelatasa).

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la determinación, tanto cuantitativa como cualitativa de la hemoglobina, es un parámetro clave en la detección de anemias y hemoglobinopatías, siendo una de las determinaciones analíticas más comunes en los laboratorios.

La sospecha de una anemia o hemoglobinopatía requiere de la valoración conjunta tanto de las manifestaciones clínicas del paciente, como de los resultados del conjunto de pruebas relacionadas, tales como el hemograma, la revisión del frotis y el metabolismo del hierro en primera línea, así como otras técnicas como HPLC, EF o EC posteriormente. Además, es importante tener presente todos aquellos factores, genéticos y adquiridos, se debe evitar la simple validación de resultados.

6 Bibliografía

1. Hematología: Volumen 21 - Número Educacional - Fisiología de la Hemostasia Normal. Argentina: Sociedad Argentina de Hematología; 2017.
2. Hatton CSR., Hughes-Jones NC. Hematología: Diagnóstico y tratamiento. México: Editorial El Manual Moderno; 2013.
3. Lichtman MA et al. Williams manual de hematología.10ªed.España: McGraw-Hill;2015.
4. Silva García MªC, García Bermejo MªJ, Cantos Solaz MªDesamparados. Técnico/a Superior de Laboratorio del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).vol 2. España: Editorial Mad y Eduforma; 2020.

Capítulo 408

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO SEROLÓGICO DE HEPATITIS VÍRICAS: HEPATITIS A, HEPATITIS B, HEPATITIS C, HEPATITIS D, HEPATITIS E Y HEPATITIS G

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

1 Introducción

La serología es la rama de la inmunología que estudia las interacciones antígeno-anticuerpo en suero formando inmunocomplejos (IC), para su aplicación en el diagnóstico clínico.

El diagnóstico serológico aporta certeza o confirmación de enfermedades infecciosas mediante la detección de antígenos o anticuerpos en el paciente, a través de técnicas inmunodiagnóstico. Estas técnicas se pueden aplicar a distintas muestras biológicas, siendo la más frecuente el suero.

Los antígenos (Ag) son cualquier molécula o sustancia específica que sea capaz de desencadenar una respuesta inmune, activando la producción de anticuerpos específicos frente al antígeno (en la mayoría de los casos), entre otros mecanismos implicados en la respuesta (activación de linfocitos y expansión clonal, activación de células de memoria, activación del sistema del complemento, etc.)

Los anticuerpos (Ab, del inglés antibody), también conocidos como inmunoglobulinas (Ig), son glicoproteínas sintetizadas por linfocitos B (LB) y células plasmáticas al ser activados por antígenos específicos, desencadenando la respuesta inmune humoral. Están constituidos por cuatro cadenas polipeptídicas iguales dos a dos (dos cadenas pesadas y dos cadenas ligeras), unidas entre sí mediante puentes disulfuro. Su conformación es semejante a una Y, diferenciándose dos regiones: Fab (antigen binding fragment), región variable de unión al antígeno con dos sitios de unión; y región Fc (crystallizable fragment), región constante que conserva funciones efectoras asociadas al isotipo del anticuerpo. En humanos existen 5 clases o isotipos: IgG, IgA, IgM, IgD e IgE. En los estudios serológicos, los isotipos de las inmunoglobulinas frecuentemente analizadas y detectadas son: IgM, inmunoglobulinas pentaméricas y naturales que indican infección primaria reciente; e IgG, inmunoglobulinas monoméricas e inmunológicas que indican infección pasada o protección humoral.

Las hepatitis víricas, al igual que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), actualmente constituyen un problema de salud pública mundial a pesar de los avances en materia de diagnóstico, prevención y tratamiento. Por ello, en el presente tema se desarrollará los mecanismos de acción y las técnicas de diagnóstico para prevenir la transmisión e implantar un tratamiento en ambos tipos de infecciones víricas.

2 Objetivos

- Enumerar los objetivos principales del diagnóstico serológico en el paciente.
- Recopilar las características, patología y técnicas y procedimiento de diagnóstico en el laboratorio de enfermedades causadas por los distintos tipos de hepatitis víricas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito publicada en los últimos años. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se

han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

4.1. Objetivos del diagnóstico serológico

Los principales objetivos del diagnóstico serológico son:

- ☒ Diagnóstico de la enfermedad/infección actual.
- ☒ Conocimiento inmunitario de un individuo previo a una vacunación.
- ☒ Diagnóstico de infecciones por microorganismos que no se pueden cultivar.
- ☒ Diagnóstico infecciones en pacientes con tratamiento antibiótico
- ☒ Diagnóstico retrospectivo, seroconversión. La seroconversión es la aparición de anticuerpos específicos en un paciente para un antígeno específico, previamente negativo. En el estudio de la evolución de infecciones, se considera seroconversión al aumento del título de anticuerpos (IgG) unas 4 veces o más en un periodo entre 3-4 semanas.

4.2. Hepatitis víricas y técnicas de diagnóstico

En este grupo de infecciones se diferencian cinco tipos de hepatitis, las principales diferencias son su material genético, la presencia de envoltura o no, la forma de transmisión y evolución de la enfermedad.

4.2.1. Hepatitis A: virus de la hepatitis A (VHA)

El agente etiológico de la hepatitis A es el virus de la hepatitis a (VHA), pertenece a la familia Picornaviridae, género Hepatovirus (antiguo Enterovirus 72). Son virus pequeños, icosaédricos, desnudos, con RNA monocatenario (RNAmc) positivos. Para su replicación usa su genoma directamente como RNA mensajero (RNAm) para la síntesis de proteínas virales utilizando la maquinaria de la célula huésped, una vez sintetizada su propia RNA polimerasa (RNAPol) replica su material genético, sintetizando RNAmc negativo, que puede utilizarse para generar más RNAm y replicar más genoma, ocurre en el citoplasma. Se libera de la célula por exocitosis.

Se conoce como hepatitis epidémicas o infecciosas.

El periodo de incubación es aproximadamente 1 mes, tras el cual aparecen bruscamente síntomas de ictericia. Normalmente cursa de forma benigna, hay muy baja incidencia de hepatitis aguda fulminante (mortalidad < 0,5%). No cronifica y no se asocia a otras enfermedades. Genera una inmunidad permanente.

Su transmisión es fecal-oral, a través de agua y alimentos contaminados, los viriones se eliminan en la bilis y finalmente en las heces.

En Europa es considerada enfermedad de viajeros.

Existe una vacuna de virus inactivados (intramuscular) indicados en personal de riesgo y viajeros a zonas endémicas.

Diagnóstico.

Se basa en la sintomatología y en la confirmación en el laboratorio al determinar anticuerpos específicos anti el VHA. Pueden ser del isotipo IgM indicando la fase aguda de la infección, persiste entre 3-12 meses después de la curación. Y del isotipo IgG persisten indefinidamente, son las que confieren la inmunidad permanente ante nuevos contactos con el virus.

También se pueden detectar antígenos específicos de VHA en heces.

Las técnicas utilizadas para estas determinaciones de Ab antiVHA (IgM/IgG) son el radioinmunoanálisis (RIA) o ELISA. También pueden detectarse antígeno VHA en heces y anticuerpos específicos antiVHA, realizando un test rápido o inmunocromatográfica.

4.2.2. Hepatitis B o hepatitis del suero: virus de la hepatitis B (VHB)

El agente etiológico de la hepatitis B es el virus de la hepatitis B (VHB), pertenece a la familia Hepadnaviridae, género Ortohepadavirus, virus envuelto con genoma de ADN circular parcialmente bicatenario(bc), cápside icosaédrica.

El virión se conoce como partícula de Dane, es muy estable a las condiciones ambientales a pesar de ser un virus con envoltura, lo que facilita la transmisión.

En la envoltura se encuentra el antígeno de superficie de la hepatitis B(HBsAg), inicialmente denominado antígeno Australia, y sus precursores PreS1 y PreS2.

La envoltura encierra la cápside, que incluye el antígeno del núcleo (core) de la hepatitis B (HBcAg), el genoma viral y una DNA polimerasa con actividad transcriptasa inversa (TI).

El virus replica en célula hepáticas, a diferencia de otros virus con genoma DNA, replica en el citoplasma y transcribe en el núcleo. Primero se adhiere al hepatocito (célula hospedadora) mediada por las glucoproteínas HBsAg, y penetra en la célula (se desconoce el mecanismo de entrada). Una vez dentro, migra al núcleo y la polimerasa asociada completa la cadena parcial de ADN para formar un círculo completo de ADN bicatenario (ADNbc). A continuación, la RNAPol celular transcribe una molécula de RNAm positiva de longitud mayor que el genoma, se circulariza y sale al citoplasma y actúa como molde para la síntesis de una molécula de DNAmc negativo, por la TI codificada por el virus, DNA complementario (DNAc). El RNAm es degradado por una ribonucleasa a medida que se

sintetiza el DNAmc positivo a partir del molde de DNA negativo. Este proceso es interrumpido por la adquisición de envoltura en las membranas del retículo endoplasmático que contiene HBsAg, lo que genera un círculo de ADN-RNA. La degradación de los restos de RNA genera genomas de DNA parcialmente bicatenarios.

A diferencia de los retrovirus, la integración del DNA viral en el celular no es un requisito imprescindible para la síntesis de RNA vírico.

El virión abandona el hepatocito por exocitosis sin destruir la célula. Las partículas Dane y el HBsAg se liberan a la sangre, no el HBcAg.

Otra proteína de aparición posterior es el antígeno e de la hepatitis B (HBeAg), que también forma parte del core y se libera a la sangre.

Patogénesis y clínica

La infección por VHB se caracteriza por un periodo de incubación largo, seguido de una fase aguda. El daño celular es debido principalmente a la respuesta inmune (humoral y celular) frente a los antígenos virales (HBsAg, HBcAg) de la superficie de los hepatocitos por citotoxicidad.

En el 0,5-1% de los casos la fase aguda es fulminante. En el 80-90% de los casos la infección es benigna y se produce la eliminación completa del VHB del organismo. En el 5-10% de los casos desarrolla una infección crónica, que puede dar lugar a carcinoma hepatocelular o cirrosis. Los numerosos portadores crónicos asintomáticos facilitan la diseminación del virus.

El VHB intenta la evasión de las defensas del hospedador con la sobreproducción de antígenos víricos no asociados a viriones infectivos (partículas víricas incompletas). Esto logra la tolerancia del hospedador, lo que evita la producción de una respuesta inmunitaria.

En recién nacidos de madres portadoras de VHB se produce un 90% de cronificación.

La presencia del agente delta (VHD) empeora el pronóstico. Puede darse coinfección (VHB-IgM+VHD-IgM), que produce mayor riesgo de hepatitis fulminante o una sobreinfección (VHB-IgG+VHD-IgM), que produce mayor tasa de cirrosis.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en los síntomas y la confirmación en el laboratorio con la determinación de títulos en suero de HBsAg, HBeAg, e IgM anti-HBc.

Según el perfil de los marcadores serológicos de la hepatitis B, se puede precisar en que fase de la infección está o si simplemente ha sido vacunado. Los marcadores serológicos son:

- Determinación de HBsAg: es el primer antígeno que aparece en suero, indica infección activa (hay replicación viral), ya sea aguda o crónica. Es el antígeno

utilizado para fabricar la vacuna anti-VHB.

- Determinación de Anticuerpos anti-HBs: indican la resolución de la infección (curación) o que el individuo ha sido vacunado (eficacia de la vacuna), son protectores.
- Determinación de anticuerpo anti-HBc: si se detectan IgM indican una infección actual y si son IgG es una infección pasada. Es positivo siempre que se haya estado en contacto con el virus. Es el primer anticuerpo que aparece en el suero, la detección de IgM anti-HBc es el mejor método para diagnosticar una infección aguda reciente, especialmente durante el periodo ventana (no se detectan HBsAg ni anticuerpos anti-HBs). Se considera marcador de diagnóstico de la infección.
- HBcAg no se detecta en suero.
- Determinación de HBeAg: indica replicación activa del virus, su detección guarda mejor correlación con la presencia del virus infeccioso.
- Determinación de anticuerpos anti-HBe: preceden a la resolución de la enfermedad. Son de utilidad en la infección crónica, ya que si no se producen el pronóstico es peor.

Las técnicas utilizadas para estas determinaciones son RIA o ELISA para todos los marcadores existen Kit comerciales, excepto para HBcAg.

También para confirmar el diagnóstico de la infección se puede detectar DNA viral por PCR, se puede realizar en el caso de que la serología sea no concluyente. (Imagen serología hepatitis B)

Epidemiología profilaxis

El humano es el único reservorio

La transmisión se produce por vía parenteral, sexual y perinatal. Las infecciones mediante transfusiones se han reducido mucho gracias al screening del HBsAg y de anticuerpos anti-HBc en donantes.

La OMS recomienda vacunación con el antígeno de superficie (HBsAg), en lactante, niños y grupos de riesgo. Es una vacuna inactivada.

En contactos de riesgo se recomienda inmunización pasiva post-exposición con anticuerpos anti-HBs. También se administra a recién nacidos de madres VHB positivas antes de las 48 horas post parto.

La prevención de la infección por VHB previene la infección por VHD.

4.2.3. Hepatitis C también conocida como no A/ no B

El agente etiológico de la hepatitis C es el virus de la hepatitis C, pertenece a la familia Flaviviridae, género Hepacivirus, envuelto, con genoma RNA monocatenario positivo.

Posee alta variabilidad antigénica, lo que dificulta el desarrollo de una vacuna

El virus reconoce al receptor de superficie CD81 (tetraespanina) y penetra en la célula. Una vez en el citoplasma es traducido directamente a proteínas, incluyendo la RNAPol viral. Cuando ya se ha sintetizado la replicasa vírica, se sintetiza la cadena complementaria (RNA negativa), que será el molde de los nuevos genomas de los nuevos viriones.

En el 15% de los casos provoca hepatitis aguda autolimitadas. Sin embargo, un 85% de los casos cronifica (mayor tasa de cronificación), a diferencia de la VHB. La enfermedad crónica persistente puede progresar a hepatitis activa crónica en 10-15 años y a cirrosis e insuficiencia hepáticas a los 20 años. El 5% de los pacientes con infección crónica desarrollan hepatocarcinoma a los 30 años. Es la primera causa de trasplante en España.

Epidemiología y profilaxis

Se conocen 6 genotipos de VHC, siendo el genotipo 1 el más frecuente en Europa hasta ahora el de peor pronóstico. Un 50% de los casos de hepatitis aguda es producido por infecciones de VHC.

La transmisión es principalmente parenteral y también sexual. Es posible que exista transmisión perinatal, pero es poco frecuente.

La elevada incidencia de infecciones crónicas favorece la diseminación del virus. El personal de riesgo es: pacientes en diálisis, sanitarios, usuarios de drogas por vía parenteral.

Es la principal causa de hepatitis vírica postrafusional.

No existe vacuna

Diagnóstico

Se detectan anticuerpos frente antígenos específicos VHC, por Elisa o RIA y se confirma el resultado por Western Blot.

El RNA viral puede ser detectado por RT-PCR, y tanto el curso de la infección como la eficacia del tratamiento son evaluados mediante PCR cuantitativa, que permite determinar la carga viral.

4.2.4. Hepatitis D

El agente etiológico es el virus de la hepatitis D, también denominado agente delta o deltavirus.

Es un virusoide constituido por una pequeña molécula circular de ARNmc negativa rodeado por una nucleocápside de antígeno delta, a su vez recubierta por una envoltura que contiene HBsAg del VHB, siendo esencial para el ensamblaje. Es por tanto un virus defectivo, porque requiere al VHB para la infección y transmisión.

Utilizan un método de replicación poco frecuente, una porción del genoma forma una ribozima, que escinde la molécula circular de RNA para producir ARNm,

utilizando la RNAPol II de la célula huésped.

La transcripción y replicación se realizan en el núcleo de la célula hospedadora. Las técnicas de diagnóstico más adecuadas son ELISA y RIA para la detección de antígeno delta o anticuerpos anti-delta (IgM). Y RT-PCR o por hibridación para la detección de ARN viral.

4.2.5. Hepatitis E

El agente etiológico es el virus de la hepatitis E, también conocido como virus entérico no A no B, pertenece a la familia Hepeviridae, virión desnudo, RNAmc positivo.

Endémico de Asia, América central y partes de África. Su reservorio son los cerdos (zoonosis). Se transmite por vía-fecal-oral, principalmente a través de aguas contaminadas. La clínica es asintomática en la mayoría de los casos (similar a VHA). No presenta cronicidad.

Las infecciones en el tercer trimestre de embarazo presentan una mortalidad del 10-40%. Se considera enfermedad del viajero en Europa, es menos frecuente que VHA.

No existen medidas profilácticas específicas disponibles

Su diagnóstico es la detección de anticuerpos por técnicas de EIA (ELISA)

4.2.6. Hepatitis G

Presenta numerosas similitudes con VHC. Pertenece a la familia Flaviviridae y posee genoma RNAmc positivo.

Se transmite por vía parenteral y suele provocar hepatitis crónica.

Se identifica mediante detección del RNA viral por RT-PCR.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo a las estimaciones realizadas en 2015 por la OMS, 1,34 millones de personas aproximadamente (cifras similares en ambos casos) mueren por hepatitis víricas o por infecciones de VIH.

Los avances en la medicina han permitido desarrollar tratamientos que en el caso de la hepatitis vírica llegan a curar la infección. Y en los casos de infecciones por VIH, minimizan el virus hasta niveles imperceptibles, previniendo la aparición de la enfermedad. Sin embargo, para lograr objetivos, es fundamental un diagnóstico precoz de los mismos y poder actuar a tiempo para evitar nuevos contagios.

Por este motivo, la OMS, ONUSIDA y otras organizaciones nacionales, han prop-

uesto un enfoque integral, a través de unas normas y procedimientos nacionales e internacionales para la aplicación de las pruebas de diagnóstico, con el objetivo de luchar contra estas enfermedades y ayudar a los países más desfavorecidos a fortalecer sus estrategias contra estas infecciones víricas.

6 Bibliografía

1. Pérez García-Estañ L. Manual didáctico de virología. España: Universidad Miguel Hernández. 2021
2. Orthin Laboratorio [Internet]. Costa Rica. <http://orthinlabencr.blogspot.com/2013/06/serologia-de-la-hepatitis-b.html>

Capítulo 409

LAS RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES QUE TIENE UN TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JOSEFA BONACHE VIVANCOS

1 Introducción

La utilización de imágenes médicas desempeña una labor imprescindible en el proceso del diagnóstico, lo que ha llevado a cabo la necesidad de profesionales especializados en la adquisición y el procesamiento de imágenes.

Los avances en el ámbito de la radiología y otras modalidades de diagnóstico por imágenes han permitido una mayor precisión y una visión más detallada del interior del cuerpo humano. Detrás de esta tecnología se encuentra el trabajo de los técnicos de imagen para el diagnóstico, que son profesionales especializados en la adquisición y procesamiento de imágenes médicas.

Los técnicos de imagen para el diagnóstico son responsables de llevar a cabo una serie de tareas críticas que garantizan la calidad y precisión de las imágenes usadas en el proceso de diagnóstico médico.

Su papel no sólo incluye operar con los equipos de imagen, sino que también abarca responsabilidades que involucran la seguridad radiológica, la comunicación efectiva con el equipo médico y la aplicación de principios éticos y profesionales.

Se examinará en detalle las responsabilidades del técnico de radiodiagnóstico, centrándonos en el papel clave de la adquisición médica de calidad. Se explorarán las tareas relacionadas con la selección y ajustes de los parámetros técnicos, el posicionamiento adecuado del paciente y el mantenimiento de la seguridad radiológica.

2 Objetivos

Conocer las funciones y responsabilidades que tiene un técnico en radiodiagnóstico y las competencias que debe tener para realizar un trabajo de calidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando los artículos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

Las responsabilidades del técnico de imagen para el diagnóstico médico pueden cambiar en función del entorno de trabajo y las regulaciones específicas de cada país. Sin embargo, se van a presentar algunas responsabilidades comunes que suelen tener los técnicos de imagen en este campo.

Las responsabilidades generales del técnico son:

1. Adquisición de imágenes médicas:

- Asegurar la obtención de imágenes de alta calidad mediante la selección y ajuste adecuado de los parámetros técnicos del equipo de imagen
- Posicionar correctamente al paciente y proporcionar las instrucciones necesarias para obtener las imágenes requeridas.
- Aplicar medidas de seguridad radiológica para reducir la exposición a la radiación ionizante, tanto para el paciente como para el personal involucrado

2. Preparación del equipo y del entorno de trabajo:

- Calibrar y mantener el equipo de imagen de manera regular para garantizar su correcto funcionamiento y precisión
- Cumplir las normas de higiene y bioseguridad, asegurando la limpieza y desinfección adecuadas de los equipos y el entorno de trabajo

3. Colaboración con el equipo médico:

- Comunicarse correctamente con los radiólogos y otros profesionales de la salud para entender las necesidades y los requisitos específicos de cada estudio
- Integrarse en el proceso de diagnóstico, proporcionando información técnica relevante y colaborando estrechamente en la interpretación de imágenes

4. Garantizar la privacidad y confidencialidad:

-Mantener la confidencialidad de la información y los registros del paciente de acuerdo con las regulaciones y políticas de protección de datos

-Respetar y cumplir con los estándares éticos y legales relacionados con la privacidad y confidencialidad de la información médica

5. Mantener registros precisos:

-Documentar correctamente la información relacionada con cada estudio realizado, incluyendo datos técnicos, descripciones de procedimientos y cualquier observación relevante

6. Desarrollo profesional continuo:

-Mantenerse actualizado sobre los avances tecnológicos y las mejores prácticas en el campo de la imagen médica

-Participar en programas de educación continua y capacitación para mejorar las habilidades técnicas y conocimientos necesarios para realizar el trabajo de manera correcta.

5 Discusión-Conclusión

Las responsabilidades del técnico de imagen para el diagnóstico son imprescindibles para asegurar la obtención de imágenes médicas de calidad y contribuir al proceso de diagnóstico de manera precisa y segura. El técnico realiza un papel esencial al seleccionar y ajustar los parámetros técnicos adecuados, posicionar al paciente de manera adecuada y garantizar la seguridad radiológica. También su colaboración efectiva con el equipo médico y su integración en el proceso de diagnóstico son fundamentales para dar información valiosa y contribuir a la toma de decisiones clínicas. Su compromiso y competencia son imprescindibles para garantizar resultados precisos y seguros en el diagnóstico médico.

6 Bibliografía

BOE-A-2014-10067 Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear y se fijan sus enseñanzas mínimas. (n.d.). Boe.es. Retrieved August 30, 2023, from <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-10067>

Ocronos, R. (2023, January 5). Funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear en el Servicio de Radiología. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-imagen-servicio-radiodiagnostico/>

Torres, F. (2016). Responsabilidad y responsables. *Imagen diagnóstica*, 7(2), 45–46.
<https://doi.org/10.1016/j.imadi.2016.11.002>

Capítulo 410

EL USO DE LOS EQUIPOS DE RADIODIAGNÓSTICO POR EL TÉCNICO EN EL CÁNCER DE MAMA

JORGE MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

En la actualidad gran parte de la población sufrirá un cáncer a lo largo de su vida, en el caso de las mujeres esta incidencia aumenta cuando hablamos del cáncer de mama que cada vez aparece en gente más joven, por lo que presenta una alta incidencia, prevalencia, gran costo de recursos del sistema sanitario además del impacto que produce tanto en la mujer afectada como a su familia. Llegados a este punto, el poder tener un diagnóstico lo antes posible se convierte en una pieza crucial para su rápido tratamiento y aumentar así la supervivencia en muchos casos.

Para poder diagnosticar de forma rápida y eficaz el cáncer de mama cobra importancia la imagen para el diagnóstico en las unidades de radiodiagnóstico, ya que consiguen con una simple prueba como es la mamografía la detección incluso antes de que este problema aparezca en la mujer gracias a la ayuda de la inteligencia artificial que incluyen muchos equipos tecnológicos innovadores, lo que hace que se pueda prevenir el cáncer antes de su aparición disminuyendo así su incidencia, prevalencia o letalidad y no afectando a la larga a la calidad de vida de nuestros pacientes que no se tienen que ver sometidos a tratamientos agresivos.

2 Objetivos

- Comprender la importancia de los servicios de imagen para el radiodiagnóstico en los pacientes con cáncer de mama.
- Dar a conocer el futuro del diagnóstico rápido y eficaz a través de la inteligencia artificial en las mujeres que aún no lo han sufrido.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas, eligiéndose los artículos adecuados con la mayor evidencia científica del momento en cuanto al tema relacionado. Las bases consultadas fueron: TSEO, Scielo y Medline.

Las palabras clave: “técnico”, “radiodiagnóstico”, “cáncer de mama”, “imagen”.

4 Resultados

Desde hace una década los equipos tecnológicos han sufrido un gran avance, este tipo de tecnología también ha sido aplicada en el ámbito sanitario, lo que supuso el uso de estas herramientas para los profesionales sanitarios que vieron una forma de digitalización antes, situaciones que antes no se resolvían de forma tan rápida y eficaz.

Dentro de todos estos avances, los centrados en la imagen para el radiodiagnóstico ha supuesto una optimización de los recursos sanitarios disponibles que ayudan a que con simples pruebas se puedan diagnosticar en el momento ciertas patologías como por ejemplo el cáncer de mama que hasta en ciertas ocasiones se puede biopsiar en el mismo servicio en el que se realiza la prueba.

Aunque no parecía posible, estos equipos de nueva tecnología han seguido avanzando en los últimos años, hasta el punto de incluir dentro de los sistemas informáticos la “inteligencia artificial”, la cual se encarga en hacer un barrido digital en la imagen para señalar elementos que en un futuro puedan derivar en un cáncer de mama hasta años antes de su aparición.

Este hecho señala más que un avance en cuanto a la detección precoz del cáncer de mama, si no que conlleva una disminución de la prevalencia, incidencia y del uso de recursos, puesto que nos da los medios para la prevención del mismo, siendo los tratamientos administrados menos agresivos que los convencionales a los que estamos acostumbrados oír hablar como la quimioterapia.

La vida de los pacientes que fueron diagnosticados precozmente con esta nueva tecnología manifiestan una mejor calidad de vida ante las actividades de vida diaria, al contrario que las mujeres que son tratadas con quimioterapia, radioterapia y cirugías agresivas en su tratamiento que empeoran su calidad de vida y que no aseguran su supervivencia al estar en la mayoría de los casos avanzados cuando se diagnostican.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para la elaboración del presente trabajo, se constata el avance en la tecnología al que nos presentamos en la actualidad a través de los equipos utilizados por los técnicos y médicos de radiodiagnóstico junto con la inteligencia artificial, que convierten todas estas pruebas en óptimas opciones ante una patología tan prevalente como el cáncer de mama.

Para que todo fluya, es importante que el técnico que maneja estos sistemas de imagen actualizados sean formados adecuadamente ante estas nuevas tecnologías para una manipulación apropiada, que haga, a su vez, que todo sea correcto, rápido y eficaz, siendo esto una obligación tanto de los sistemas sanitarios como de los propios profesionales que los manipulan

6 Bibliografía

1. Pisano ED. Current status of full-field digital mammography Radiology, 214 (2000), pp. 26-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/radiology.214.1.r00ja5226>.
2. Venta LA, Hendrick RE, Adler YT et al. Rates and causes of disagreement in interpretation of full-field digital mammography in a diagnostica setting. AJR, 176 (2001), pp. 1241-1248.

Capítulo 411

USO DE LA CAMPAÑA DE FLUJO LAMINAR Y DE LA CABINA DE BIOSEGURIDAD POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO

JOSE LUIS GETINO GUTIERREZ

MÓNICA ÁLVAREZ MINAYO

NATALIA GARCIA GUTIERREZ

ADELA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

M^a DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ LOBETO

1 Introducción

En los laboratorios de un hospital se trabaja con material biológico y químico. Es fundamental para estas organizaciones contar con equipos que garanticen la seguridad y la calidad del trabajo que se realice, tanto para el trabajador como para el material biológico que se manipula. La contaminación de las muestras biológicas es un problema que puede afectar significativamente a la calidad de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas que se prescriben en este ámbito. Se puede reducir en gran medida usando los siguientes equipos: la campana de flujo laminar y la cabina de bioseguridad, CSB o BSC (del inglés Biosafety Cabinets); que tienen el objetivo de crear un área de trabajo controlado y protegido.

Sin embargo estos dos equipos no son iguales ni se pueden usar indistintamente. Tienen diferentes características y aplicaciones.

Es importante que el técnico del laboratorio esté familiarizado con su uso; conozca cuál es el instrumento adecuado que debe emplear en cada muestra con la que trabaja en función del riesgo que pueda entrañar su manipulación; debe conocer las indicaciones y limitaciones de cada instrumento, dado que no se puede manipular agentes patógenos como el SARS-CoV-2, *Mycobacterium tuberculosis*, tóxicos o agentes químicos volátiles o aerosoles infecciosos en una campana porque son funciones para las que no fueron diseñadas. Además deberá tener un conocimiento profundo de su diseño; cómo funciona y la clasificación de cada equipo, así como los niveles y tipos de protección que ofrecen.

2 Objetivos

Conocer dos de los instrumentos mas importantes con los que cuenta todo laboratorio que trabaja con muestras biológicas: la campana de flujo laminar y la cabina de bioseguridad.

Identificar cuáles son las diferencias entre ambas, las aplicaciones de cada una y cuáles son las ventajas e inconvenientes de trabajar con cada una de ellas.

3 Metodología

La redacción de este trabajo es el resultado de una revisión bibliográfica de la literatura científica existente que versa sobre el uso de estos instrumentos de laboratorio; se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas una vez se hizo una búsqueda sistemática en las principales bases de datos: pubmed, medline y SciELO.

4 Resultados

La campana de flujo laminar es un instrumento que tiene un área de trabajo libre de contaminaciones externas, ya que emplea un filtro HEPA, High Efficiency Particulate Air o ULPA, Ultra Low Penetration Air. Este filtro retiene las partículas contaminantes del aire y dirige el aire filtrado hacia la superficie de trabajo, mediante un flujo uniforme y carente de turbulencias que protege el material de trabajo. No obstante este aparato no ofrece ninguna protección al trabajador ni al

medio ambiente, puesto que está concebido para manipular material no peligroso como muestras estériles o cultivos celulares.

Son de dos tipos dependiendo de la dirección del flujo del aire: la campana horizontal tiene la ventaja de tener mayor superficie de trabajo. La campana vertical evita que el aire se disperse hacia los lados, reduciendo el riesgo de contaminación cruzada entre distintas muestras.

La cabina de bioseguridad tiene un objetivo principal: proteger al técnico de laboratorio y al medio ambiente de los riesgos a los que se expone al manipular agentes biológicos peligrosos o infecciosos. Consta de una barrera física: vidrio, guantes, barreras o cortinas de aire, entre otras medidas. El aire recircula en la cabina y acaba siendo expulsado de forma controlada, evitando la propagación de agentes contaminantes al medio ambiente. Además la muestra que se está manipulando también está protegida en un ambiente estéril y libre de contaminación externa. Este tipo de aparato se indica para trabajar con material patógeno, virus y sustancias tóxicas. Según el tipo de protección se clasifica en tres clases: I, II y III. La primera no protege a la muestra, aunque sí lo hace al trabajador y al medio ambiente. La clase II protege a los tres y se subdivide en cuatro tipos distintos. La clase III ofrece un área de trabajo totalmente sellado y un máximo nivel de protección.

La campana de flujo laminar y la cabina de bioseguridad son, por lo tanto, dos aparatos distintos con diferentes características y aplicaciones. La diferencia principal es que la campana solo protege a la muestra a diferencia de la cabina que protege al trabajador y al ambiente además de proteger la muestra. La ventaja de la campana es que es más económica y fácil de usar aunque no pueda usarse para muestras infecciosas. La ventaja de la cabina es que otorga mayor seguridad y por contra tiene la desventaja que requiere un mantenimiento más complejo y una certificación.

5 Discusión-Conclusión

Se ha realizado una comparación entre las diferentes aplicaciones de dos instrumentos esenciales en los laboratorios de un hospital, que trabajan con material biológico: la campana de flujo laminar y la cabina de bioseguridad. Se ha explicado que la principal diferencia entre ambos equipos es el tipo y nivel de protección que le ofrecen al técnico de laboratorio, al medio ambiente y al producto de trabajo. La campana de flujo laminar solo protege a la muestra de la contaminación externa mediante el empleo de un flujo de aire dirigido sobre la superficie de trabajo. El aire sale al exterior sin ningún tipo de contención, por lo que no ofrece

al trabajador protección alguna; tampoco al medio ambiente. Es por esto por lo que solo se recomienda para cultivos celulares o muestras estériles y otros tipos de productos no contaminados o patógenos. Por otro lado se ha explicado que la cabina de bioseguridad protege del riesgo de contaminación a los tres actores afectados: el trabajador, el medio ambiente y la propia muestra combinando barreras físicas y filtros de partículas contaminantes. El aire recircula en el área de trabajo y solo se expulsa a través de un conducto diseñado para este propósito. Este aparato es el adecuado para operar sobre materia patógeno, virus y sustancias tóxicas. En particular la de clase III, que es la que ofrece el mayor nivel de protección. Como resultado se ha ofrecido una información mas amplia de las características y funciones de la campana de flujo laminar y la cabina de bioseguridad; así como sus diferencias, ventajas e inconvenientes. Se ha insistido en la importancia de elegir el equipo mas adecuado según el tipo y el nivel de riesgo de las muestras que se van a manipular, para garantizar la seguridad y la calidad del trabajo realizado.

6 Bibliografía

1. Equipos y laboratorio SAS. Campana de flujo laminar horizontal [internet]. Bogotá. Equipos y laboratorio SAS; 2019 [citado 24 feb 2022]. Disponible en : URL: <https://equiposylaboratorio.com/producto/campana-de-flujo-laminar-horizontal/>
2. Kalstein. Campana de flujo laminar vertical [internet]. Miami: Kalstein;[sin fecha]. [citado 24 feb 2022]. Disponible en: URL: https://Kalstein.el/p4059-campana-de-flujo-laminar-vertical/product_info.html
3. Galiza Analítica SL. Cabinas de bioseguridad [internet]. A Coruña: Galiza Analítica SL; 2018 [citado 24 feb 2022]. Disponible en: URL: <https://www.Galiza-analitica.com/cabinas-de-bioseguridad/>
4. ZWEI ingeniería SA. Cabinas de seguridad biológica [internet]. Buenos Aires: ZWEI ingeniería SA; [sin fecha][citado 24 feb 2022]. Disponible en: URL: http://www.zwei-ingeniería.com.área/productos_detalle.php?id=11

Capítulo 412

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME URINARIO EN LA MUJER CON MENOPAUSIA

MONTSERRAT CUESTA ARIAS

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel crucial al proporcionar un apoyo fundamental a los profesionales de la salud en la atención y el cuidado de los pacientes. En el caso específico de las mujeres en la etapa de la menopausia, el síndrome urinario emerge como una cuestión de gran relevancia que requiere un enfoque cuidadoso y especializado. Esta etapa de la vida de la mujer conlleva una serie de cambios hormonales y fisiológicos que pueden tener un impacto significativo en su salud urinaria, dando lugar a síntomas y trastornos que pueden afectar negativamente su calidad de vida.

La menopausia, marcada por la cesación de la menstruación y la disminución de los niveles de hormonas como el estrógeno, puede llevar a cambios en el tracto urinario de la mujer. Estos cambios pueden incluir una mayor predisposición a infecciones del tracto urinario, atrofia de las membranas mucosas de la uretra y la vejiga, así como la disminución de la función de los músculos del suelo pélvico, lo que puede contribuir a la incontinencia urinaria y otros síntomas.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel esencial en el manejo integral del síndrome urinario en la mujer con menopausia. A través de

su capacitación y experiencia, estos profesionales están bien posicionados para brindar apoyo tanto a nivel físico como emocional. Esto incluye la comprensión y aplicación de técnicas de higiene y cuidado personal para prevenir infecciones, la asistencia en la administración de tratamientos médicos, y la colaboración en la implementación de ejercicios y terapias para fortalecer los músculos del suelo pélvico y mejorar la continencia.

Además, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería también desempeña un rol crucial en la educación y la orientación de las pacientes. Brindar información sobre los cambios normales que ocurren durante la menopausia y cómo estos pueden afectar la salud urinaria puede empoderar a las mujeres para que tomen medidas proactivas en su cuidado. Además, al fomentar un ambiente de confianza y apoyo, estos profesionales pueden ayudar a las pacientes a expresar sus preocupaciones y preguntas, lo que contribuye a una atención más personalizada y eficaz.

2 Objetivos

1. Comprender la problemática y analizar en detalle los cambios hormonales y fisiológicos que ocurren durante la menopausia y su impacto en la salud urinaria de las mujeres.
2. Identificar los síntomas y trastornos urinarios comunes que pueden surgir durante la menopausia, como la incontinencia urinaria, la sensación de urgencia y las infecciones del tracto urinario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El síndrome urinario en mujeres con menopausia se refiere a una serie de síntomas relacionados con el sistema urinario que pueden surgir debido a los cam-

bios hormonales y anatómicos que ocurren durante la menopausia. Estos síntomas pueden incluir:

1. Incontinencia urinaria: Pérdida involuntaria de orina, que puede ocurrir al estornudar, toser, reír o levantar objetos pesados.
2. Urgencia urinaria: Sensación repentina y fuerte de necesitar orinar.
3. Frecuencia urinaria aumentada: Necesidad de orinar con mayor frecuencia de lo habitual.
4. Disuria: Dificultad o dolor al orinar.
5. Infecciones del tracto urinario: Mayor susceptibilidad a infecciones del tracto urinario debido a cambios en el pH vaginal y la flora bacteriana.

Un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería podría estar involucrado en el cuidado de mujeres con síndrome urinario en la menopausia de las siguientes maneras:

1. Apoyo emocional: Brindar apoyo y escucha activa a las pacientes que experimentan síntomas urinarios incómodos y a menudo vergonzosos.
2. Ayuda en la higiene personal: Asistir a las pacientes en el cuidado de su higiene personal y en el manejo de la incontinencia, proporcionando cambios de ropa interior y ropa de cama según sea necesario.
3. Observación y reporte: Estar atento a los síntomas y cambios en el estado de las pacientes, y reportar cualquier problema o preocupación al personal de enfermería o médico.
4. Educación: Brindar información básica sobre medidas de cuidado personal, ejercicios del suelo pélvico y estrategias de manejo de la incontinencia.
5. Asistencia durante los procedimientos: Asistir a las enfermeras en la preparación de equipos y pacientes durante procedimientos médicos relacionados con el sistema urinario.
6. Administrar medicamentos: Bajo la supervisión de una enfermera o médico, administrar medicamentos prescritos para el alivio de los síntomas urinarios.
7. Seguimiento de las indicaciones médicas: Ayudar a las pacientes a seguir las indicaciones médicas, como realizar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico

y mantener una hidratación adecuada.

Recuerda que la atención médica es un proceso colaborativo y multidisciplinario. El rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es de apoyo y asistencia bajo la supervisión de profesionales de enfermería y médicos. Siempre es importante consultar fuentes médicas actualizadas para obtener información detallada sobre el síndrome urinario en mujeres con menopausia y las responsabilidades específicas de los profesionales de la salud en su atención.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el síndrome urinario en mujeres con menopausia es un conjunto de síntomas relacionados con el sistema urinario que puede presentarse debido a los cambios hormonales y anatómicos durante esta etapa de la vida. Los síntomas incluyen incontinencia urinaria, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia urinaria, disuria e incremento en la susceptibilidad a infecciones del tracto urinario.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel crucial en el cuidado de estas mujeres al brindar apoyo emocional, asistencia en la higiene personal, observación y reporte de síntomas, educación sobre cuidados personales y estrategias de manejo, asistencia durante procedimientos médicos, administración de medicamentos bajo supervisión y apoyo en el seguimiento de las indicaciones médicas. Su colaboración con profesionales de enfermería y médicos contribuye a un enfoque multidisciplinario en la atención de la salud, asegurando el bienestar de las pacientes afectadas por este síndrome. Siempre se recomienda consultar fuentes médicas actualizadas para obtener información detallada y precisa sobre este tema y otros relacionados con la salud.

6 Bibliografía

1. Aranda Gallegos JE, Barrow Vallejo J, Ortega Díaz R, Pereyra Quiñones R, Kably Ambe A. Un punto de vista fisiopatológico del climaterio y la menopausia. Ginecología y obstetricia de México. 1998.
2. Baena González V, Blasco Hernández P, Cózar-Olmo JM, Díez-Itza I, España Pons M, Hidalgo Vega A, et al. Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España. Madrid: Instituto Max Weber; 2017.
3. Bailón Muñoz E, Landa Goñi J, López García-Franco A, Isasi Zaragoza C. Menopausia. Formación Médica Continuada en atención Primaria. 2003.

4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 413

EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

1 Introducción

El Síndrome de Gilles de la Tourette es un trastorno neuropsiquiátrico que se distingue por la manifestación de movimientos y sonidos no controlados llamados tics. Estos tics pueden ser simples o más elaborados, y su intensidad varía a lo largo del tiempo. El nombre del síndrome proviene del neurólogo francés Georges Gilles de la Tourette, quien lo describió por primera vez en 1885.

Desde la perspectiva de un Asistente de Cuidado de Enfermería (TCAE), es crucial entender que los tics son acciones repentinas y veloces, así como sonidos involuntarios. Estos pueden variar en su fuerza y frecuencia. Los tics que involucran movimiento son movimientos abruptos, como parpadeos repetitivos,

encogimientos de hombros y expresiones faciales. Mientras tanto, los tics sonoros se manifiestan a través de sonidos o palabras que se emiten sin control, como carrapearos, gruñidos o incluso palabras ofensivas, llamadas coprolalia.

Diagnosticar el Síndrome de Gilles de la Tourette implica la observación de tics motores y sonoros persistentes durante al menos un año. Es fundamental para los TCAEs colaborar estrechamente con el equipo médico y de enfermería para establecer un ambiente solidario y comprensivo para los pacientes que lidian con este síndrome. Esto se debe a que los tics pueden tener un impacto en la calidad de vida y en las interacciones sociales de los afectados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el síndrome de Gilles de la Tourette

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática, seleccionando revistas y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El síndrome de Gilles de la Tourette, también conocido como síndrome de Tourette o "la enfermedad de los tics", es un trastorno neurológico que tiende a afectar con mayor frecuencia a hombres que a mujeres. Por lo general, se manifiesta en la infancia o al comienzo de la adolescencia. Las personas que lo padecen experimentan tics, que son movimientos o sonidos repetitivos que ocurren de manera involuntaria. Estos tics suelen intensificarse en situaciones de estrés. Se distinguen dos tipos de tics: los motores, que involucran movimientos corporales, y los vocales o fónicos, que incluyen sonidos. Los tics motores pueden ser simples, como parpadear o hacer gestos faciales, o complejos, como repetir movimientos observados. Los tics vocales o fónicos pueden ser desde simples, como aclarar la garganta, hasta complejos, como repetir palabras o frases.

Aunque aún no se comprende completamente la causa del síndrome, se ha identificado que tiene un componente hereditario. Aunque los síntomas pueden variar considerablemente entre personas, algunos tics pueden atenuarse con el tiempo, especialmente a medida que la persona envejece.

El diagnóstico de este síndrome se basa en la observación de los síntomas y en la evaluación del historial familiar. Aunque no existen pruebas definitivas para confirmar el diagnóstico, es posible llevar a cabo análisis de sangre y estudios de imágenes, como resonancias magnéticas, para descartar otras condiciones médicas.

En cuanto al tratamiento, no existe una cura específica para el síndrome, pero se dispone de medicamentos, como los neurolepticos, que pueden contribuir a reducir la intensidad y la frecuencia de los tics, especialmente cuando estos interfieren con la adaptación social, el desempeño escolar o causan molestias físicas. No obstante, es esencial que un médico supervise rigurosamente el uso de estos medicamentos.

Desde la perspectiva de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es crucial reconocer la naturaleza involuntaria de los tics en los pacientes con síndrome de Tourette y brindar un ambiente de apoyo y comprensión. Al interactuar con pacientes que tienen este síndrome, es esencial recordar que los tics pueden cambiar en frecuencia e intensidad, lo que puede influir en la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades cotidianas.

Además, el TCAE puede desempeñar un papel importante en la educación y el apoyo a los pacientes y sus familias sobre el síndrome de Tourette. Proporcionar información precisa y actualizada sobre el trastorno, su manejo y las opciones de tratamiento disponibles puede ayudar a reducir el estigma y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En última instancia, la comprensión y la empatía son fundamentales en la atención y el cuidado de las personas con síndrome de Gilles de la Tourette. Al trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, el TCAE puede contribuir al bienestar general de los pacientes al asegurarse de que reciban el apoyo necesario para enfrentar los desafíos asociados con este trastorno neuropsiquiátrico.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el Síndrome de Gilles de la Tourette es un desorden neuropsiquiátrico marcado por tics involuntarios en el movimiento y el sonido. El papel del personal TCAE es esencial al proporcionar apoyo y atención a los pacientes que lo padecen. Trabajan de la mano con el equipo médico para contribuir al bienestar general y la calidad de vida de estos pacientes.

En última instancia, la comprensión y la empatía son fundamentales en la atención y el cuidado de las personas con síndrome de Gilles de la Tourette. Al trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, el TCAE puede contribuir al bienestar general de los pacientes al asegurarse de que reciban el apoyo necesario para enfrentar los desafíos asociados con este trastorno neuropsiquiátrico.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 414

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS U ONCOLÓGICAS

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

1 Introducción

El rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención psicológica a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas u oncológicas es fundamental en el ámbito de la salud. Estos profesionales desempeñan un papel crucial al proporcionar cuidados de apoyo tanto desde una perspectiva física como emocional. Las enfermedades crónicas avanzadas y las condiciones oncológicas presentan

desafíos significativos para los pacientes, no solo en términos de su salud física, sino también en relación con su bienestar psicológico y emocional.

En esta dinámica, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería juegan un papel integral al brindar asistencia y atención a los pacientes en diferentes aspectos de su cuidado diario. Sus responsabilidades pueden variar desde la administración de medicamentos y cuidados de higiene hasta el apoyo en procedimientos médicos. Sin embargo, su impacto va más allá de las tareas técnicas, ya que también desempeñan un rol crucial en la atención psicológica y emocional de los pacientes.

La enfermedad crónica avanzada y el diagnóstico oncológico pueden generar una gran cantidad de estrés, ansiedad, miedo y depresión en los pacientes y sus familias. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, al interactuar directamente con los pacientes en su rutina diaria, tienen la oportunidad única de establecer conexiones empáticas y brindar un apoyo emocional vital. A través de conversaciones amigables, escucha activa y comprensión, pueden contribuir significativamente a mejorar el bienestar emocional de los pacientes.

Para llevar a cabo esta tarea, es esencial que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estén capacitados en habilidades de comunicación efectiva y en la detección de signos de angustia emocional. Además, deben ser sensibles a las necesidades individuales de cada paciente y estar preparados para trabajar en colaboración con el equipo médico y de enfermería para garantizar una atención integral y holística.

2 Objetivos

- Exponer la atención psicológica a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas u oncológicas por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática, seleccionando revistas y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los objetivos de la atención psicológica al paciente crónico u oncológicos son:

1. Brindar apoyo emocional a pacientes y familias.
2. Promover el bienestar psicológico de los pacientes.
3. Trabajar en colaboración con el equipo médico.
4. Proporcionar información clara y comprensible.
5. Detectar necesidades psicosociales de los pacientes.
6. Fomentar la autonomía de los pacientes.
7. Establecer relaciones terapéuticas basadas en confianza.
8. Contribuir a un entorno de cuidado acogedor.

El texto aborda con profundidad el concepto de "muerte tranquila" y su relación con los cuidados paliativos apropiados para pacientes en situaciones de enfermedades crónicas avanzadas u oncológicas. Se destaca la importancia de proporcionar un final de vida que esté exento de dolor y sufrimiento a través de una atención médica y emocional holística.

El enfoque principal es en cómo se puede lograr una muerte tranquila a través de la implementación adecuada de cuidados paliativos.

Se subraya la necesidad de brindar una atención continua y compasiva, no solo a los pacientes que enfrentan situaciones terminales, sino también a sus familiares y cuidadores, reconociendo la complejidad emocional y psicológica involucrada en este proceso.

El texto se apoya en investigaciones realizadas por expertos en el campo, incluidos Murray, Kendall, Grant, Boyd, Barclay y Sheikh, quienes han llevado a cabo entrevistas con pacientes y sus familiares para comprender mejor las dimensiones de las enfermedades crónicas mortales en diferentes etapas. Estas etapas incluyen el diagnóstico y tratamiento, el regreso a casa, las recidivas, la enfermedad avanzada y terminal. Se resalta cómo las necesidades emocionales y psicológicas cambian a lo largo de estas etapas y cómo la atención debe ser adaptable y sensible a estas variaciones.

Se discuten detalladamente las fases de atención psicológica necesarias para brindar un apoyo adecuado a pacientes y sus seres queridos. Desde la preparación emocional antes de que comience el proceso de final de vida hasta el apoyo posterior al fallecimiento, se enfatiza la importancia de mantener una comunicación abierta, proporcionar información precisa y facilitar la toma de decisiones informada.

Se mencionan las competencias y habilidades esenciales que deben tener los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para ofrecer un apoyo emo-

cional efectivo. Estas habilidades incluyen la comunicación compasiva y honesta, la empatía, la capacidad de ofrecer apoyo, aliento y esperanza, así como la gestión de emociones intensas tanto en los pacientes como en sus cuidadores.

En resumen, el texto profundiza en cómo lograr una muerte tranquila a través de cuidados paliativos adecuados y una atención psicológica integral. Subraya la importancia de comprender las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes y sus cuidadores en cada etapa del proceso, y cómo el personal de atención médica, especialmente los TCAE, desempeña un papel esencial en proporcionar un apoyo emocional y psicológico efectivo durante este momento crítico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el texto resalta la importancia crucial de proporcionar una muerte tranquila a través de cuidados paliativos apropiados y una atención psicológica integral para pacientes en situaciones de enfermedades crónicas avanzadas u oncológicas. A través de investigaciones y análisis detallados, se ha demostrado que una atención compasiva y holística es esencial para mitigar el dolor y el sufrimiento, tanto físico como emocional, experimentado por los pacientes y sus seres queridos en el proceso de final de vida.

El texto enfatiza la necesidad de una comunicación abierta y honesta, así como de una comprensión profunda de las diferentes fases de la enfermedad y sus implicaciones emocionales. Desde la preparación emocional previa al inicio del proceso de final de vida hasta el apoyo posterior al fallecimiento, se resalta cómo los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y otros profesionales de la salud desempeñan un papel esencial en la provisión de cuidados emocionales y psicológicos efectivos.

El enfoque multidimensional de la atención, que abarca desde la identificación de necesidades emocionales y psicológicas hasta la comunicación con el personal de salud y la toma de decisiones, se considera fundamental para garantizar que tanto los pacientes como sus cuidadores puedan enfrentar este proceso con dignidad, autonomía y apoyo.

En última instancia, el texto destaca que la atención emocional y psicológica no solo se refiere al alivio del sufrimiento, sino que también implica permitir que los pacientes y sus seres queridos se enfrenten al proceso de final de vida de una manera que sea coherente con sus valores, deseos y necesidades. La dedicación a brindar una atención de calidad en todas las etapas de este proceso puede marcar la diferencia en la calidad de vida durante este período desafiante, y confirma la importancia inquebrantable de la humanidad en el ámbito de la atención médica.

6 Bibliografía

1. García-Soriano, G., & Martín, P. B. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 123-133.
2. Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-30.
3. Payás, A. (2012). Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo- relacional. Paidós.

Capítulo 415

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

1 Introducción

En el complejo entramado de la atención médica, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) emergen como piezas clave que engranan de manera armoniosa la maquinaria de cuidados y asistencia sanitaria. Su presencia en hospitales, clínicas y otros entornos de salud es un pilar fundamental que sustenta la atención integral a los pacientes. Estos profesionales, con su formación especializada y compromiso, realizan una gama diversa de funciones que abarcan desde labores técnicas y prácticas hasta un trascendental apoyo emocional a quienes atraviesan momentos de vulnerabilidad.

Las responsabilidades del TCAE abarcan un amplio espectro. Desde la administración de medicamentos y la toma de constantes vitales hasta el adecuado manejo de equipos médicos y la preparación de entornos quirúrgicos, su habilidad para trabajar en equipo y coordinación con otros profesionales de la salud es crucial para el flujo eficiente de los procesos médicos. No obstante, su labor

va más allá de lo meramente técnico. Brindan un trato humano y cercano a los pacientes, aportando consuelo en momentos de dolor y preocupación, lo que contribuye significativamente a la humanización de la atención médica.

En esta exploración más profunda de las funciones del TCAE, analizaremos en detalle su rol en la asistencia directa al paciente, su colaboración estrecha con el personal de enfermería y médico, su capacidad para adaptarse a situaciones cambiantes con destreza y su compromiso innegable en la promoción de la salud y el bienestar. Así, adentrándonos en la vital labor de los TCAE, podremos comprender plenamente su impacto en el cuidado de la salud y su contribución esencial a un sistema sanitario integral y efectivo.

2 Objetivos

- Explorar en detalle las diversas funciones que desempeña un Técnico en Cuidados de Enfermería y cómo estas contribuyen al bienestar de los pacientes y al funcionamiento de los equipos médicos.
- Explicar cómo los TCAE trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos y terapeutas, para garantizar una atención integral y coordinada.
- Destacar la importancia de la asistencia directa que brindan los TCAE en términos de higiene personal, movilización, alimentación y otros cuidados esenciales para la comodidad de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática, seleccionando revistas y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el ámbito de la salud, brindando apoyo esencial al equipo de enfermería y contribuyendo al bienestar y cuidado de los pacientes.

Algunas de las funciones que un TCAE podría realizar incluyen:

Por supuesto, aquí tienes las funciones del Técnico en Cuidados de Enfermería (TCAE) sin formato en negrita:

1. Asistencia en el cuidado directo del paciente: El TCAE ayuda en la atención diaria de los pacientes, proporcionando baños, cambios de ropa de cama, alimentación, higiene personal y movilización.
2. Toma de signos vitales: El TCAE puede medir y registrar signos vitales como la temperatura, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria bajo la supervisión de un enfermero.
3. Preparación para procedimientos médicos: Ayudar en la preparación de los pacientes para procedimientos médicos, como la administración de medicamentos, la colocación de vías intravenosas o la preparación para cirugías menores.
4. Colaboración en la movilización de pacientes: Ayudar a los pacientes a moverse y cambiar de posición para prevenir úlceras por presión y mejorar la comodidad.
5. Mantenimiento de registros y documentación: Registrar la información relevante sobre el estado del paciente, los procedimientos realizados y otros datos importantes en la historia clínica.
6. Mantenimiento de la limpieza y el orden: Mantener limpias y ordenadas las áreas de atención al paciente, asegurando un entorno seguro y cómodo.
7. Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional y compañía a los pacientes, escuchando sus preocupaciones y proporcionando un ambiente de confort.
8. Transporte de pacientes: Ayudar en el transporte de pacientes dentro del hospital o centro de atención médica, asegurando su seguridad durante el traslado.
9. Distribución de medicamentos: Bajo la supervisión de un profesional de enfermería, administrar medicamentos orales o tópicos a los pacientes de acuerdo con las indicaciones médicas.
10. Colaboración en la monitorización de pacientes: Ayudar en la observación de pacientes y alertar al personal de enfermería sobre cualquier cambio en el estado del paciente.
11. Recolección de muestras: Ayudar en la recolección y preparación de muestras biológicas, como muestras de sangre, orina u otras, para pruebas de laboratorio.
12. Limpieza y mantenimiento de equipos médicos: Realizar tareas de limpieza y mantenimiento básico en equipos médicos y material utilizado en la atención de los pacientes.
13. Colaboración en la educación del paciente: Proporcionar información básica al paciente y sus familiares sobre procedimientos, cuidados postoperatorios y recomendaciones de alta médica.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo se constata que el papel desempeñado por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) abarca una amplia gama de funciones cruciales en el campo de la atención médica. Su contribución es esencial para garantizar un cuidado integral y de calidad a los pacientes, así como para el funcionamiento eficiente de las instalaciones de salud en general.

A través de la asistencia en el cuidado directo de los pacientes, los TCAE brindan apoyo fundamental en actividades diarias como la higiene personal, el cambio de ropa de cama, la movilización y la alimentación. Además, su participación en la toma de signos vitales, bajo la supervisión de profesionales de enfermería, contribuye a la monitorización constante de los pacientes y a la detección temprana de posibles complicaciones.

La preparación para procedimientos médicos y la colaboración en la movilización de pacientes son tareas esenciales que aseguran que los pacientes estén bien preparados y cómodos durante su estancia en el centro de atención. La recolección de muestras biológicas y la limpieza y mantenimiento de equipos médicos demuestran la importancia de su contribución en el ámbito de la atención diagnóstica y terapéutica.

Además de las funciones técnicas, los TCAE también brindan apoyo emocional a los pacientes, lo que desempeña un papel crucial en su bienestar general. Escuchando las preocupaciones y proporcionando compañía, crean un ambiente de confort y confianza para los pacientes y sus familias.

La distribución de medicamentos y el mantenimiento de registros son aspectos clave en la administración segura y efectiva del tratamiento médico. Trabajar en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico, los TCAE garantizan que los pacientes reciban la atención y los medicamentos adecuados en el momento adecuado.

En última instancia, el TCAE es un componente indispensable del equipo de atención médica, contribuyendo en múltiples niveles para proporcionar una atención integral y de calidad a los pacientes. Su dedicación incansable en áreas que van desde lo técnico hasta lo emocional garantiza que los pacientes reciban el cuidado necesario mientras se encuentran en un entorno médico. Su compromiso y profesionalismo hacen que los TCAE sean pilares fundamentales en la prestación de servicios de salud efectivos y compasivos.

6 Bibliografía

1. Técnicas Básicas de Enfermería. De Mercedes Siles Molina y María José Barros García.
2. Manual Washington de Técnicas de Enfermería. De Zelia Chinchilla Moreno y Mary Anne Martinez Vivot.
3. Enfermería Clínica: Cuidados Enfermeros a las Personas con Problemas de Salud. De Mercedes Siles Molina y María José Barros García.
4. Manual de Técnicas de Enfermería. De Pilar Tejero Martínez y Aurora Navarro Sánchez.
5. Cuidados Auxiliares de Enfermería. De María José Plumed Sánchez y Antonio Murillo López.

Capítulo 416

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE LA TROMBOCITOPENIA

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

ESMERALDA ORTIZ RODA

ANA LEÓN AROCO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

1 Introducción

Para empezar este trabajo, comenzaremos explicando que es un técnico de laboratorio y que suele hacer en su puesto de trabajo.

¿Qué es un técnico de laboratorio? Pues un técnico de laboratorio es un profesional del área sanitaria que tiene que hacer unos estudios analíticos de unas muestras biológicas humanas y tiene que interpretar y valorar los resultados obtenidos como soporte al diagnóstico clínico.

En función de los resultados que se han obtenido en esos estudios, el personal médico es el que se encarga de realizar un diagnóstico clínico y decidir que tratamiento han de seguir los pacientes.

¿Qué labor realiza un técnico de laboratorio? El personal de técnico de laboratorio, una de las labores que realizan en su trabajo es apoyar y ayudar al trabajo de los científicos. Son los que se encargan de preparar el material, llevan a cabo experimentos, hacen mediciones e informan de los resultados obtenidos.

El personal de técnico de laboratorio puede trabajar en diversos campos como pueden ser la industria, la educación y la ciencia médica.

En este trabajo hablaremos sobre la actuación del técnico de laboratorio en la realización de las pruebas de la trombocitopenia.

La trombocitopenia es una condición médica. Cuando el recuento de plaquetas en plasma es demasiado bajo, se muestra el indicador. La médula ósea convierte las células más grandes en pequeñas células sanguíneas conocidas como plaquetas. Las plaquetas se adhieren entre sí y forman un bloqueo para cubrir una lesión cuando una persona se lesiona.

2 Objetivos

- Exponer la función de las plaquetas y los trastornos plaquetarios; sobre todo nos centraremos en la trombocitopenia en términos generales.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La función principal de las plaquetas es la construcción de coágulos que realicen el saneamiento de las heridas e impidan el sangrado. Las plaquetas se encargan de la hemostasia, es decir, del cierre de los vasos sanguíneos al realizarse una herida gracias a la creación de un coágulo. Los valores normales de las plaquetas son de 140.000 a 450,000 ml plaquetas en sangre. Las alteraciones que producen la trombocitopenia son tres.

Las más importantes son:

- Se fabrican escasas plaquetas.
- Se anulan muchas plaquetas.
- Hay en exceso plaquetas capturadas en el bazo. Las personas que tengan plaquetas bajas debe de cuidarse para evitar hacerse heridas u otras lesiones por el riesgo de hemorragias. Cuando un médico te dice que tienes trombocitopenia tienes que seguir unas recomendaciones que son seguras para ti, como evitar tomar medicamentos que lleven ibuprofeno, ácido acetilsalicílico o salicilatos como la aspirina. Todos ellos hacen que tengas hemorragias.

Las plaquetas crean sustancias, que son los factores plaquetarios:

- Factor 1 plaquetario (f1p) es el factor V de la coagulación.
- Factor 2 plaquetarios (f2p) acelera la modificación de fibrinógeno en fibrina.
- Factor 3 (f3p) ayuda a la coagulación.
- Factor 4 plaquetarios (f4p) neutraliza el efecto anticoagulante de la heparina.
- Fibrinógeno se encuentra en la superficie de las plaquetas.
- Factor Von Willebrand nos sirve para que se realice la coagulación.
- Factor V: un 25 se encuentra en las plaquetas.
- Factor XIII: se encuentra en las plaquetas un 30-50%.

Las personas que viven con trombocitopenia inmunitaria, no pueden hacer deporte con otros porque hay que evitar los golpes en la cabeza, como el boxeo, las artes marciales y el fútbol, ya que se pueden producir hemorragias en el cerebro. Si los valores de plaquetas en sangre son menores de 50.000 plaquetas, se provoca una hemorragia, pero si baja a 20.000 se produce un sangrado automático.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico especialista de laboratorio es fundamental para llevar a cabo los análisis de plaquetas y el estudio de estas en el laboratorio. Como hemos estudiado en el tema, las plaquetas son muy importantes e indispensables para la hemostasia. También hemos visto los trastornos plaquetarios donde las manifestaciones pueden ser graves o leves.

Con todos los conocimientos sobre las plaquetas nos ayuda a elaborar un diagnóstico efectivo a un paciente que tenga trombocitopenia. A lo largo de este capítulo se ha desarrollado, las pruebas que realizaremos en el laboratorio para analizar las plaquetas y así poder dar un diagnóstico para el paciente afectado.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 417

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN CUANTO A LA DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA EN SANGRE

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

ESMERALDA ORTIZ RODA

ANA LEÓN AROCO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

1 Introducción

Para empezar este trabajo, comenzaremos explicando que es un técnico de laboratorio y que suele hacer en su puesto de trabajo.

¿Qué es un técnico de laboratorio? Pues un técnico de laboratorio es un profesional del área sanitaria que tiene que hacer unos estudios analíticos de unas muestras biológicas humanas y tiene que interpretar y valorar los resultados obtenidos como soporte al diagnóstico clínico.

En función de los resultados que se han obtenido en esos estudios, el personal médico es el que se encarga de realizar un diagnóstico clínico y decidir que tratamiento han de seguir los pacientes.

¿Qué labor realiza un técnico de laboratorio? El personal de técnico de laboratorio, una de las labores que realizan en su trabajo, es apoyar y ayudar al trabajo

de los científicos. Son los que se encargan de preparar el material, llevan a cabo experimentos, hacen mediciones e informan de los resultados obtenidos.

El personal de técnico de laboratorio puede trabajar en diversos campos como pueden ser la industria, la educación y la ciencia médica.

En este trabajo, hablaremos sobre la actuación del técnico de laboratorio en cuanto a la determinación de hemoglobina en sangre.

La hemoglobina (Hb) es la proteína de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno desde los pulmones al resto del cuerpo. Sus valores anormales pueden ser un signo de enfermedad de la sangre. Si el paciente tiene alguno de los siguientes síntomas o factores de riesgo, se debe realizar una prueba de hemoglobina:

- Historia familiar
- Mareos o debilidad, manos y pies fríos
- Seguir una dieta baja en hierro
- Infección de larga duración - Si ha perdido mucha sangre por un postoperatorio o herida

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer la importancia de la hemoglobina en sangre y diferenciar las distintas patologías que pueden indicar una alteración de sus niveles.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La hemoglobina (Hb) es la proteína de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno desde los pulmones al resto del cuerpo. Sus valores anormales pueden ser un signo de enfermedad de la sangre. El análisis de hemoglobina puede ser necesario por varias razones:

- Evaluación general de salud
- Diagnóstico y control de enfermedades. Como se mencionó anteriormente, hay varios síntomas que pueden indicar la necesidad de una prueba de hemoglobina (debilidad, antecedentes familiares, dieta baja en hierro (Fe), infección prolongada o pérdida excesiva de sangre). Una prueba de hemoglobina a menudo se usa para detectar anemia, una cantidad baja de glóbulos rojos en el cuerpo. Un nivel bajo de hemoglobina puede indicar la presencia de muchos tipos de anemia:
- Talasemia
- Deficiencia de hierro
- Insuficiencia hepática
- Cáncer u otras enfermedades.

Los niveles altos de hemoglobina pueden indicar ciertas condiciones médicas, como:

- enfermedad pulmonar
- cardiopatía Policitemia vera: Esta es una condición en la cual el cuerpo produce un exceso de glóbulos rojos.

El consumo de tabaco es una de las causas más comunes de niveles elevados de hemoglobina. Por tanto, la principal medida preventiva podría ser el abandono del hábito tabáquico, lo que contribuiría significativamente a la reducción de los niveles de hemoglobina en los pacientes fumadores.

Para las personas que viven a gran altura, es recomendable trasladarse a un lugar con más oxígeno. Otra opción a considerar para niveles elevados de hemoglobina es recolectar glóbulos rojos, similar a la donación de sangre. Las personas con niveles bajos de hemoglobina son tratadas con transfusiones de sangre para mejorar y volver a los valores normales.

También proporcionar medicamentos según la enfermedad que causa la deficiencia, suplementos orales de vitaminas o minerales como hierro, ácido fólico e inyecciones como vitamina B12.

5 Discusión-Conclusión

Una descripción general de qué es la hemoglobina y qué tan importante es conocer el nivel de hemoglobina en la sangre. Cuando el nivel está por debajo de este nivel, puede indicar la presencia de anemia, hay muchos tipos y puede ser causada por diferentes causas como la deficiencia de hierro, la deficiencia de vitamina B12, la deficiencia de ácido fólico que puede causar sangrado, algunos tipos

de cáncer que afectan los huesos, enfermedad de la médula, el riñón y el hígado, la presencia de hipotiroidismo o talasemia.

El caso contrario, cuando la hemoglobina es alta, es porque la persona fuma o vive en la alta montaña. Para unos valores de hemoglobina adecuados, también es recomendable llevar una dieta rica en hierro, que se puede encontrar en carnes, legumbres y frutas.

El conocimiento y la formación adecuados para los trabajadores de la salud en el área de concentración de hemoglobina y tipos de anemia es de gran importancia.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 418

IMPORTANCIA DE LA DENSITOMETRÍA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

MÓNICA MANZANARES MARTÍN

1 Introducción

La densitometría ósea implica tomar fotografías mediante rayos X para medir la densidad mineral ósea (DMO). Se suelen analizar dos lugares donde las fracturas son muy comunes: la columna lumbar y las caderas.

La densitometría ósea, técnicamente conocida como absorciómetros duales de rayos X, es una prueba de referencia no invasiva para el diagnóstico de la osteoporosis. La densitometría ósea implica tomar fotografías mediante rayos X para medir la densidad mineral ósea (DMO). Se suelen analizar dos lugares donde las fracturas son muy comunes: la columna lumbar y las caderas.

La densitometría ósea se utiliza para diagnosticar la osteoporosis, principalmente en mujeres posmenopáusicas, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para monitorear y evaluar el riesgo de fracturas.

Actualmente también está indicado en hombres de edad avanzada y en cualquier enfermedad o tratamiento que pueda aumentar la fragilidad ósea (anorexia nerviosa, quimioterapia, terapia con glucocorticoides). Las áreas que se pueden evaluar incluyen: columna lumbar, caderas, antebrazos y todo el cuerpo. Un análisis de todo el cuerpo también puede determinar la cantidad y distribución de la grasa corporal. También se pueden tomar imágenes laterales de la columna torácica y lumbar para identificar y analizar en mayor profundidad posibles fracturas vertebrales (Evaluación de fractura vertebral, VFA).

2 Objetivos

Los objetos de este capítulo es obtener información de por qué en los pacientes con trastornos de la alimentación se le piden pruebas de densitometría

3 Metodología

La metodología empleada ha sido buscar en artículos científicos, en algunos informes médicos y en casos en los que los trastornos alimenticios han sido los culpables de que la densidad ósea del paciente ha ido disminuyendo por falta de ingesta de alimentos.

4 Resultados

Para la realización de una densitometría se estira al paciente en una camilla, sin objetos metálicos, y se coloca primero con las piernas dobladas sobre una almohada especial para su examen, y luego con las piernas rectas, pero con la cadera girada, apoyada también en una almohada especial unidad. De esta forma el paciente se siente cómodo. La camilla dispone de un detector en la parte trasera y una fuente de rayos X en la parte delantera, que se puede desplazar para garantizar un seguimiento adecuado de la zona de estudio. Generalmente se toman dos imágenes, similares a una radiografía, pero con menos radiación para el paciente. Dos haces de rayos X atraviesan el hueso y, dependiendo de la densidad del hueso, llega más o menos energía al detector (cuanto más denso es el hueso, menos energía llega al detector). A partir de esta información se puede cuantificar la densidad mineral ósea (DMO). La densidad mineral ósea obtenida se comparó con un grupo de personas del mismo sexo, raza y edad (escala Z) y con un grupo de jóvenes del mismo sexo y raza (escala T). Con base en estas comparaciones, se realiza un diagnóstico de osteoporosis, osteopenia o masa ósea baja. La duración de la prueba comprende entre los cinco y diez minutos aproximadamente.

Los pacientes con trastornos alimentarios pueden sufrir complicaciones médicas a diversos niveles orgánicos y sistémicos, debido con mayor frecuencia al predominio de la conducta alimentaria (restrictiva o purgativa), su intensidad (especialmente la pérdida de peso) y la duración del trastorno. Es importante conocer los diferentes escenarios posibles para asegurar un diagnóstico precoz y enviar un equipo profesional responsable del tratamiento y seguimiento adecuado. En ocasiones una de estas complicaciones médicas puede ser la clave para un diagnós-

tico definitivo en casos clínicos más complejos. Esta revisión proporcionará una mirada en profundidad a las diversas complicaciones orgánicas asociadas con los trastornos alimentarios más comunes, como la anorexia y la bulimia nerviosa, así como su diagnóstico y tratamiento. Los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nerviosa) afectan entre el 1 y el 3% de las mujeres adultas jóvenes. El inicio tardío, la duración de la amenorrea y el bajo índice de masa corporal son factores de riesgo de osteopenia en pacientes con trastornos alimentarios. La desmineralización ocurre cuando la resorción ósea excede la formación ósea en la AN, lo que provoca osteopenia, osteoporosis secundaria y un mayor riesgo de fracturas patológicas.

La fisiopatología de la desmineralización está relacionada con varios factores, como la duración de la amenorrea, la absorción insuficiente de calcio, el ejercicio intenso, la deficiencia de 1,25 (OH) vit D, el aclaramiento bajo de creatinina, los niveles excesivos de cortisol sérico y urinario y los niveles altos de GH. Los tratamientos recomendados incluyen rehabilitación nutricional (la más importante), suplementos de calcio, ejercicio moderado, terapia con estrógenos cuando esté indicada, terapia antidepresiva, fluoruro, bifosfonatos e IGF-1 humano recombinante en casos seleccionados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se realizan las densitometrías óseas a los pacientes con trastornos alimenticios para poder observar su evolución ósea, ya que al no aporta suficientes hidratos, proteínas, etc.

Los trastornos alimentarios son comunes entre las mujeres jóvenes, con una prevalencia del 4-5%. La pérdida ósea es una complicación física de la anorexia nerviosa y los trastornos alimentarios (no especificados de otra manera) que afecta tanto al hueso cortical como al trabecular. Los efectos sinérgicos de la desnutrición y la deficiencia de estrógenos conducen a la pérdida ósea al desacoplar la resorción de osteoclastos y la formación de osteoblastos. El grado de gravedad depende de la duración de la enfermedad, el peso corporal mínimo alcanzado y la actividad física. Los efectos a largo plazo son evidentes, ya que los pacientes con anorexia nerviosa tienen un mayor riesgo de sufrir fracturas óseas.

6 Bibliografía

Cortes, V. P. (2020). Complicaciones médicas de los pacientes con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7279505>

DENSITOMETRIA EN TCA. (2020, octubre). <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/pruebas-y-procedimientos/densitometria>

M, E. B. (s. f.). Metabolismo óseo y pérdida de masa ósea en los trastornos de la alimentación. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002000300010

Capítulo 419

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica sanitaria, los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Oncología desempeñan un papel fundamental en la atención integral y el apoyo emocional de pacientes que enfrentan el desafío de lidiar con el cáncer. Esta especialidad de enfermería se centra en brindar cuidados especializados a individuos afectados por diferentes tipos de cáncer, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento post-tratamiento. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Oncología combinan habilidades técnicas y compasión para ofrecer un nivel excepcional de atención a pacientes y sus familias en un momento de sus vidas que requiere comprensión, dedicación y profesionalismo.

Este campo requiere un profundo conocimiento de los procesos médicos relacionados con el cáncer, así como la capacidad de administrar tratamientos y

medicamentos con precisión. Además, los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Oncología desempeñan un papel crucial en la educación de los pacientes sobre sus condiciones y tratamientos, ayudándoles a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Su labor también incluye la monitorización constante de los pacientes durante su tratamiento y la colaboración cercana con el equipo multidisciplinario de atención médica para asegurar la mejor calidad de vida posible para aquellos que enfrentan el cáncer.

2 Objetivos

- Describir el papel crucial que desempeñan los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Oncología en el equipo de atención médica, destacando su contribución en el cuidado y bienestar de los pacientes con cáncer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de Oncología es crucial para proporcionar atención de alta calidad a los pacientes que enfrentan diagnósticos y tratamientos relacionados con el cáncer. Los TCAEs desempeñan una serie de funciones esenciales en este entorno:

1. ****Apoyo al paciente****: Los TCAEs brindan apoyo emocional a los pacientes oncológicos y sus familias. Esto puede incluir escuchar sus preocupaciones, proporcionar consuelo y promover un ambiente comprensivo y empático.
2. ****Cuidado básico del paciente****: Los TCAEs ayudan en la realización de cuidados básicos, como la higiene personal, la alimentación y la movilización de los pacientes. Esto es especialmente importante ya que algunos pacientes oncológicos pueden tener limitaciones físicas debido a la enfermedad o el tratamiento.

3. ****Administración de medicamentos****: En algunos casos, los TCAEs pueden estar involucrados en la administración de medicamentos bajo la supervisión de una enfermera o un médico. Esto incluye la administración de medicamentos orales, tópicos o incluso la preparación de quimioterapia.
4. ****Monitorización de signos vitales****: Los TCAEs pueden tomar y registrar signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura de los pacientes oncológicos. Esto es fundamental para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar posibles efectos secundarios.
5. ****Apoyo en procedimientos médicos****: Los TCAEs pueden asistir a los médicos y enfermeras durante procedimientos médicos, como biopsias, aspiraciones o la colocación de catéteres. Deben estar capacitados para seguir protocolos y garantizar la seguridad del paciente.
6. ****Educación al paciente****: Proporcionar información y educación sobre la enfermedad y el tratamiento es esencial. Los TCAEs pueden ayudar a los pacientes a comprender mejor su situación, los efectos secundarios del tratamiento y las medidas de autocuidado.
7. ****Mantenimiento de registros****: Llevar registros precisos y actualizados de la atención brindada a los pacientes es esencial en oncología. Los TCAEs son responsables de documentar de manera adecuada todas las intervenciones y observaciones.
8. ****Colaboración en el equipo de atención****: Trabajar en estrecha colaboración con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud es fundamental para garantizar una atención integral y coordinada para los pacientes oncológicos.
9. ****Prevención de infecciones****: En el servicio de Oncología, la prevención de infecciones es de suma importancia. Los TCAEs deben seguir estrictas medidas de control de infecciones al proporcionar cuidados a los pacientes.
10. ****Apoyo en cuidados paliativos****: En casos de pacientes en fase avanzada de la enfermedad, los TCAEs desempeñan un papel importante en la atención paliativa, brindando cuidados que mejoran la calidad de vida y alivian el sufrimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de Oncología es fundamental para la atención integral de los pacientes que enfrentan el cáncer. Estos profesionales desempeñan una amplia gama de roles que van desde el apoyo emocional hasta la administración de cuidados físicos y colaboración en procedimientos médicos. Su presencia en el equipo de atención contribuye a la calidad de vida de los pacientes, la eficacia del tratamiento y la atención centrada en el paciente en el entorno oncológico. Su dedicación y habilidades son esenciales para brindar una atención de alta calidad en este campo de la medicina.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Oncológica" por Martha E. Langhorne y Janet Fulton.
2. "Manual de Enfermería Oncológica" por Sheila K. Small, Martha E. Langhorne y Shirley E. Otto.
3. "Enfermería Oncológica: Cuidados Básicos" por Ana I. Rodríguez y otros autores.

Capítulo 420

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

1 Introducción

Los primeros momentos de vida son cruciales para el desarrollo y bienestar de un recién nacido. En este contexto, los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Neonatología desempeñan un papel esencial al proporcionar atención y cuidados especializados a los neonatos, quienes requieren una atención minuciosa y delicada debido a su vulnerabilidad. Estos profesionales de la salud están capacitados para brindar una atención integral a los recién nacidos prematuros, aquellos que nacen con condiciones médicas complejas o que necesitan supervisión constante durante los primeros días o semanas de vida.

El trabajo de un Técnico en Cuidados de Enfermería en Neonatología implica no solo habilidades técnicas y médicas, sino también un profundo compromiso con

el bienestar emocional de los neonatos y sus familias. Desde la monitorización de signos vitales hasta la administración de medicamentos y la asistencia en procedimientos médicos, estos profesionales son una parte fundamental del equipo de atención médica neonatal. Además, su capacidad para comunicarse efectivamente con los padres y brindarles apoyo durante momentos de preocupación y ansiedad es de suma importancia.

Exploraremos la labor crucial de los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Neonatología, sus responsabilidades en la unidad neonatal, las habilidades necesarias para tener éxito en esta especialidad y el impacto que tienen en la salud y el desarrollo de los recién nacidos. Desde la estabilización inicial hasta la preparación para el alta hospitalaria, estos profesionales juegan un papel integral en el cuidado y el futuro saludable de los neonatos.

2 Objetivos

-Describir funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el área de la neonatología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados de Enfermería en Neonatología desempeña un papel crucial en la atención y cuidado de los recién nacidos prematuros y enfermos en unidades de neonatología. Sus funciones son vitales para garantizar la salud y el bienestar de estos bebés frágiles. A continuación, te proporciono una lista de algunas de las funciones típicas que realiza un Técnico en Cuidados de Enfermería en Neonatología:

1. Monitorización de signos vitales: Medir y registrar constantemente los signos

vitales del bebé, como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial.

2. Asistencia en procedimientos médicos: Ayudar a los médicos y enfermeras en la realización de procedimientos médicos y terapias específicas, como la intubación, la administración de medicamentos y la inserción de catéteres.

3. Alimentación y nutrición: Preparar y administrar fórmula o leche materna a través de sondas o biberones, y asegurarse de que el bebé reciba la cantidad adecuada de nutrientes.

4. Cuidado de la piel: Realizar cuidados de la piel para prevenir la irritación y la formación de úlceras por presión, así como cambiar los pañales de manera regular.

5. Soporte emocional: Proporcionar apoyo emocional a los padres y familiares de los bebés prematuros o enfermos, explicando los procedimientos y el progreso del bebé.

6. Mantenimiento de equipos: Asegurarse de que los equipos médicos, como ventiladores y monitores, funcionen correctamente y estén limpios.

7. Control de infecciones: Seguir rigurosamente las prácticas de control de infecciones para prevenir la propagación de enfermedades en la unidad de neonatología.

8. Documentación y registro: Mantener registros precisos de la atención brindada, los procedimientos realizados y las observaciones sobre el estado del bebé.

9. Movilización y posicionamiento: Ayudar en la movilización y el posicionamiento adecuado de los bebés para prevenir contracturas musculares y mejorar la comodidad.

10. Comunicación interdisciplinaria: Colaborar con el equipo médico y de enfermería en la evaluación del estado de los bebés y la toma de decisiones sobre su atención.

11. Educación continua: Mantenerse actualizado sobre las prácticas y avances en neonatología a través de la educación continua y la formación profesional.

12. Atención de emergencias: Estar preparado para responder a situaciones de emergencia y brindar cuidados intensivos cuando sea necesario.

Es importante destacar que las funciones exactas pueden variar según la institución de salud y la región, y que los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Neonatología trabajan bajo la supervisión y dirección de enfermeras y médicos especializados en neonatología. Su trabajo desempeña un papel fundamental en el cuidado de los recién nacidos más vulnerables y en el apoyo a las familias durante momentos difíciles.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del Técnico en Cuidados de Enfermería en Neonatología son esenciales para el cuidado y la atención de los recién nacidos prematuros y enfermos en unidades de neonatología. Estos profesionales desempeñan un papel fundamental al garantizar que los bebés frágiles reciban el cuidado adecuado, se les monitorice de cerca y se les proporcione el apoyo necesario para su desarrollo y recuperación. Su labor incluye tareas como la monitorización de signos vitales, la asistencia en procedimientos médicos, la alimentación y nutrición, y el apoyo emocional a las familias. Además, desempeñan un papel clave en el mantenimiento de equipos, el control de infecciones y la documentación de la atención proporcionada. En última instancia, los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Neonatología contribuyen de manera significativa a la salud y el bienestar de los recién nacidos más vulnerables y aportan un valioso apoyo a las familias en momentos difíciles.

6 Bibliografía

1. "Manual de Neonatología" de Cloherty & Stark.
2. "Enfermería Neonatal" de Merenstein & Gardner.
3. "Cuidados de Enfermería en Neonatología" de Alcolea.

Capítulo 421

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

1 Introducción

En el campo de la salud, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en Hemodiálisis desempeñan un papel esencial al brindar atención especializada a pacientes que sufren de enfermedades renales crónicas. Estos profesionales altamente capacitados y dedicados forman parte integral del equipo médico que trabaja en unidades de hemodiálisis, donde se lleva a cabo el proceso vital de filtrar y purificar la sangre de aquellos cuyos riñones no pueden hacerlo de manera eficiente.

Los TCAE en Hemodiálisis son responsables de asistir a los pacientes antes, durante y después de las sesiones de hemodiálisis, garantizando su comodidad y seguridad en todo momento. Su labor abarca desde la preparación y montaje de

la maquinaria necesaria para la hemodiálisis hasta la monitorización constante de los pacientes durante el proceso, ajustando parámetros según sea necesario. Además, brindan apoyo emocional y educación a los pacientes y sus familias, ayudándoles a comprender el procedimiento y a manejar los cambios en su estilo de vida.

Esta profesión demanda un profundo conocimiento de anatomía, fisiología y patologías renales, así como habilidades técnicas para operar equipos médicos especializados y para garantizar la higiene y la asepsia en un entorno clínico. La empatía y la comunicación efectiva son cualidades cruciales, ya que los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Hemodiálisis interactúan directamente con pacientes que pueden estar enfrentando desafíos de salud significativos.

2 Objetivos

Desarrollar una comprensión clara y completa de las responsabilidades y funciones desempeñadas por los TCAE en el contexto de la hemodiálisis, incluyendo su papel en la preparación, implementación y supervisión de las sesiones de diálisis es nuestro objetivo principal.

3 Metodología

Para el presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de literatura científica, de acuerdo con el tema elegido. Se ha hecho una revisión de todos los datos extraídos, desechando lo menos relevante y se ha llegado a la redacción del siguiente documento.

4 Resultados

El papel del TCAE en el contexto de la hemodiálisis es fundamental para garantizar la atención de calidad a los pacientes que sufren de enfermedad renal crónica y requieren este procedimiento. A continuación, se presentan algunos resultados que destacan la importancia de los TCAE en hemodiálisis:

1. ****Asistencia en el procedimiento****: Los TCAE desempeñan un papel crucial en la preparación de los pacientes antes de la hemodiálisis, lo que incluye la toma de signos vitales, la conexión a la máquina de diálisis y la supervisión continua durante el procedimiento. Su capacitación les permite reconocer y abordar cualquier complicación que pueda surgir.

2. ****Monitorización de pacientes****: Los TCAE son responsables de monitorear constantemente a los pacientes durante la sesión de hemodiálisis. Esto implica observar los signos vitales, la respuesta del paciente al procedimiento y cualquier síntoma de malestar. Su atención cercana puede ayudar a prevenir complicaciones graves.

3. ****Apoyo emocional****: Los pacientes que requieren hemodiálisis a menudo experimentan estrés y ansiedad. Los TCAE juegan un papel importante al brindar apoyo emocional a los pacientes, alentarlos y proporcionar información sobre el procedimiento para reducir la ansiedad.

4. ****Prevención de infecciones****: La hemodiálisis es un procedimiento que conlleva un riesgo de infección, especialmente debido a la inserción de un catéter o una fistula. Los TCAE son responsables de seguir estrictos protocolos de higiene y asegurarse de que los pacientes estén en un entorno limpio y seguro.

5. ****Documentación precisa****: Llevar registros precisos de las sesiones de hemodiálisis es esencial para garantizar la continuidad de la atención y la seguridad del paciente. Los TCAE son responsables de documentar con precisión los datos relevantes durante el procedimiento.

6. ****Comunicación interprofesional****: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud en el equipo de atención al paciente. Su comunicación efectiva es esencial para garantizar una atención integral y coordinada.

7. ****Educación del paciente****: Los TCAE también pueden desempeñar un papel en la educación de los pacientes sobre el autocuidado, la dieta y las medidas preventivas relacionadas con la enfermedad renal crónica. Esto es fundamental para empoderar a los pacientes y mejorar su calidad de vida.

En resumen, los TCAE desempeñan un papel crucial en la atención a pacientes en hemodiálisis al brindar apoyo, asistencia técnica y monitorización constante. Su contribución es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes que requieren este tratamiento vital.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la importancia del TCAE en el contexto de la hemodiálisis es innegable. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la atención de

pacientes con enfermedad renal crónica al proporcionar asistencia técnica, monitoreo constante, apoyo emocional y educación. Su contribución ayuda a garantizar la seguridad, la comodidad y la calidad de vida de los pacientes sometidos a este procedimiento vital. Además, su trabajo en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud asegura una atención integral y coordinada para aquellos que requieren hemodiálisis. En resumen, los TCAE son piezas clave en el equipo de atención a pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

6 Bibliografía

1. "Manual de Enfermería en Hemodiálisis" por Ana María Rodríguez Gómez.
2. "Enfermería en Nefrología. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal" por Mercedes Quintanilla Martínez y José Luís Teruel Briones.
3. "Manual Washington de especialidades clínicas. Nefrología" por Steven Cheng, Anupam Agarwal y otros.

Capítulo 422

EL BRUXISMO COMO ENFERMEDAD Y LA ASISTENCIA DEL HIGIENISTA BUCODENTAL.

PATRICIA FLOREZ SEGOVIANO

1 Introducción

La enfermedad bucodental denominada bruxismo suele afectar a jóvenes, adultos o niños, tanto hombres como mujeres, pero suele tener su comienzo entre los 17 y 20 años de edad, aunque puede desaparecer a partir de los 40 años en caso de que el bruxismo sea crónico, pero puede desaparecer en cualquier momento de la vida de la persona que lo presenta. Se dice que esta enfermedad puede ser causado por un nivel elevado de ansiedad, estrés, pero también tiene relación con factores que pueden ser genéticos o algunas enfermedades como la alergia. Esto puede ser el causante de grandes cefaleas, dolores en los músculos mandibulares, en los oídos o llegará a presentar contracturas cervicales. También puede causar un gran desgaste del esmalte de los dientes.

Mucha gente lo padece, por lo que para ello los profesionales sanitarios no recomiendan una serie de cosas para combatir el bruxismo, como por ejemplo a la hora de dormir, el uso de una funda transparente o más bien conocida como férula de descarga para hacer que el rechinar de los dientes sea el menor posible durante las horas de sueño. A continuación, en el apartado de resultados hablaremos de la clasificación de los tipos de bruxismo.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer cuáles son las funciones del higienista bucodental ante una persona que padece bruxismo y cómo poder ayudar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

Podemos diferenciar diferentes tipos de bruxismo dependiendo de la presentación, intensidad o forma en la que las personas que lo padecen mueven los dientes.

Dependiendo de las formas que tienen las personas que lo padecen de reaccionar los dientes, el bruxismo se puede dividir en dos:

- Céntrico: consiste en el apretamiento, provoca daños en el cuello de las piezas dentales y los premolares suelen ser las piezas más dañadas o afectadas, son muy frecuentes los dolores de cabeza.
- Excéntrico: consiste en el frotamiento de unos dientes contra otros, influye en las caras incisales y oclusales de los dientes.

Dependiendo de la forma de la presentación puedan dividirse en:

- Sueño: tiene lugar durante las horas del sueño de la persona. Son conscientes las otras personas que duermen con este paciente y también el dentista porque observa el desgaste del esmalte y de la dentina de las piezas dentales. Los episodios de bruxismo suelen ser aproximadamente entre los 17 y 38 minutos durante la noche.
- Vigilia: sucede de forma inconsciente durante la mañana por estrés, ansiedad o nerviosismo causado en el ámbito laboral.

Este tipo de enfermedad debe ser diagnosticado por el personal sanitario como el dentista, al observar lesiones o desgaste en las piezas dentales. Se deben de usar férulas de descarga y otros métodos que sean lo más efectivos posible para evitar

en la medida de lo posible que el paciente rechine los dientes lo menos posible. Algunas funciones del higienista dental pueden ser las siguientes:

- Controlan y previenen las enfermedades
- Informan sobre hábitos saludables
- Realizan limpiezas bucodentales
- Administran documentos de la historia clínica de los pacientes,
- Ayuda al dentista en las funciones que necesite
- Asegurarse de que todos los equipos estén correctos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este proyecto de investigación sobre el bruxismo, se deben de adquirir unos hábitos saludables de una dieta sana, con ejercicio físico, para que la vida sea lo más calmada y relajada posible, evitando el estrés, ansiedad o nervios para evitar aumentar los niveles de estos tres factores y que la persona no contraiga ningún tipo de problema bucodental y su salud dental sea sana al 100%.

Para ello es una buena idea o es recomendable, sesiones relajantes para irse a dormir de forma relajada sin ningún tipo de estrés para que no se produzca el rechinamiento dental nocturno o diurno.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus (1 de julio de 2013). «Bruxismo».
2. Cairo Valcárcel, Eduardo (2010): «¿Rechina usted los dientes mientras duerme?», artículo en español en la Revista Cubana de Psicología, vol. 13, n.º 1, págs. 59-74; 1996.

Capítulo 423

PRUEBAS PARA DETECTAR CÁNDIDA ALBICANS EN EL LABORATORIO

ANA LEÓN AROCO

ESMERALDA ORTIZ RODA

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

1 Introducción

La *Cándida Albicans* es un hongo dimórfico, que adquiere diferentes formas según la temperatura de crecimiento a la que se le someta. Si le sometemos a una temperatura de 25 grados en la naturaleza su crecimiento adquiere forma de hongo filamentoso, mientras que si la temperatura en el huésped es de 37 grados aparece en forma de pseudohifas o levaduras. Es importante conocer las diferentes formas de crecimiento para poder diferenciarlo cuando se observa al microscopio.

Generalmente, afecta a la vagina en mujeres, mucosas y aftas bucales, piel o también a las uñas. Las patologías se denominan de diferente manera según la zona a la que afecta:

- Vagina: candidiasis que suele acompañarse de vaginitis, infección de la vagina
- Mucosas y aftas bucales: muguet
- Uñas: patologías que se conoce como paroníquia y perionixis

- Piel: intertrigo, que provoca maceración de la piel

En el laboratorio este hongo se puede detectar mediante dos técnicas que se desarrollaran con más precisión en el siguiente apartado. Puede identificarse mediante:

- Cultivos: se emplean medios de cultivo con características adecuadas para el crecimiento de este hongo, siendo específico para el microorganismo de interés.
- Extendidos: para la observación al microscopio y la identificación de los hongos por sus rasgos morfológicos

2 Objetivos

Identificar el hongo mediante las pruebas para detectar *Candida albicans* y conocer las patologías que provoca en el organismo humano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La muestra se envía al laboratorio tras su obtención que se realiza con ayuda de un hisopo de la región de interés, siendo fundamentalmente: vagina, boca, uñas y piel. Se introducen en el recipiente adecuado que garantice las condiciones de conservación adecuadas para evitar que la muestra sufra daños.

Las muestras se toman de lugares donde el hongo está causando lesiones, generalmente, aunque no presenta sintomatología grave, puede dar lugar a úlceras, llagas, fístulas... que provocan picor y enrojecimiento de la zona y son el foco de interés para la toma de muestras. También pueden provocar fiebre, mal estar general y en personas con el sistema inmunológico débil causar candidemia, una patología característica de este hongo que puede ser mortal.

En el laboratorio se sigue un procedimiento general, aunque puede sufrir pequeñas variaciones, el fundamento es común:

- Se realiza un extendido con el hisopo en el cual se encuentra la muestra problema en un portaobjetos. Además, con el mismo hisopo se realiza el cultivo bajo el método de siembra en estría.
- Se introduce en la estufa a la temperatura óptima para su crecimiento.
- Si se observa crecimiento, se coge con un asa de siembra una muestra de la colonia, se realiza un extendido y se observa al microscopio para identificar el microorganismo.

El medio de cultivo más adecuado para el crecimiento de *Cándida Albicans* es CrhomID *Cándida*. Este medio es diferencial para este hongo, evitando el crecimiento de cualquier otro microorganismo.

En el laboratorio, se utilizan más pruebas complementarias que confirmen la presencia de *Cándida Albicans*. El auxonograma es una técnica que consiste en aplicar por separado diferentes nutrientes sobre un medio de cultivo para observar el crecimiento de la levadura en estudio.

En la actualidad, se han desarrollado sistema comercial que proporcionan información acerca de *Cándida Albicans* de manera sencilla y rápida como el AUXACOLOR, API 20C...

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas mencionadas en este capítulo son las más realizadas en los laboratorios de microbiología, siendo los cultivos y los extendidos pruebas fundamentales para el diagnóstico de *Cándida Albicans*.

Las pruebas fúngicas pueden ser lentas, y requieren unas condiciones de temperatura y humedad muy específicas, por lo que su crecimiento debe observarse de manera continua para saber si se ha realizado de manera correcta.

El técnico de laboratorio tiene un papel fundamental en la realización de estas pruebas, ya que la única manera de diagnosticar patologías provocadas por esta levadura es a través de pruebas microbiológicas y es el responsable de que su realización sea correcta.

6 Bibliografía

1. <https://legacy.bd.com/europe/regulatory/Assets/IFU/HB/CE/PA/ES-PA-254515.pdf>
2. <https://www.ispch.cl/sites/default/files/Diagnostico%20microbiologico%20de%20candidiasis%20invasoras%20a%20partir%20de%20hemocultivos.pdf>.

Capítulo 424

EL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SU LABOR EN LAS NECROPSIAS

TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE

1 Introducción

El término conocido como necropsia o autopsia postmortem, es un determinado procedimiento médico esencial que se efectúa con el buen propósito de poder examinar correctamente un cadáver para poder determinar con exactitud la posible causa de la muerte, identificar sus enfermedades o las lesiones producidas, y obtener una buena información valiosísima para la fantástica investigación forense o médica.

Dependiendo del contexto en el cual se desarrolle, la palabra necropsia tiene múltiples diversas connotaciones y también significados. Pues bien, una diversa connotación es el término comúnmente conocido como “Necropsia patológica”, el cual es usado para describir detalladamente el estudio exacto y el buen análisis de las muestras de los tejidos y de los diversos órganos recopilados durante una buena necropsia médica.

La necropsia patológica es muy fundamental para poder diagnosticar correctamente las diversas enfermedades existentes y las diversas condiciones médicas. En este contexto, el papel del técnico de anatomía patológica es super fundamental, ya que él desempeña un rol super clave en la correcta ejecución de la necropsia y también en el buen análisis de las muestras que han sido bien recopiladas. Este capítulo de libro se va a enfocar en la gran importancia que tiene el técnico de anatomía patológica en la realiza de necropsias y cuáles son las determinadas funciones que desempeña en este preciso proceso.

2 Objetivos

- Conocer las funciones esenciales que desempeña el técnico de laboratorio o de anatomía patológica en el ámbito o contexto de las necropsias.
- Comprender cuáles son los requisitos mínimos e indispensables que deben de tener la sala de necropsias o autopsias.
- Aprender cuáles son los instrumentos o herramientas necesarias para realizar la necropsia en la sala de autopsias.

3 Metodología

Hemos realizado un estudio exhaustivo centrándonos en una revisión bibliográfica sistemática centrándonos en la destacada labor realizada por los técnicos de anatomía patológica en la autopsia patológica, y la relevancia de los instrumentos fundamentales utilizados para llevar a cabo este proceso investigativo. método efectivo. Para esta revisión de la literatura, utilizamos bases de datos científicas actualizadas como Scopus, Cinhal y Pubmed, y revistas científicas acreditadas como Scielo, Gerokomos, Pathological Anatomy Magazine, Tesela, CiberRevista, Elsevier, Okronos y RqR. Esto nos permite realizar una búsqueda exhaustiva de artículos científicos relevantes.

4 Resultados

El procedimiento de la necropsia o la autopsia se desarrolla en un espacio conocido como “la sala de autopsias”, la cual debe bien cumplir con unos ciertos requisitos que son mínimos para que los propios responsables pueden efectuar correctamente su trabajo. Estos requisitos que se refieren son: El acceso super restringido al personal que se encuentre debidamente autorizado y también capacitado; Debe de estar separado tanto de las áreas de cocina como de las áreas de hospitalización; Debe encontrarse muy cerca de la morgue; Debe cubrir los pisos y las paredes con un material que sea facilísimo de poder limpiar; La superficie mínima que debe poseer la sala de autopsia debe de ser de 20 metros cuadrados. Debe poseer una mesa adecuada de autopsias; Debe tener un frigorífico con una gran capacidad para dos restos cadavéricos por unas 200 camas de hospital; El baño debe de tener una ducha con agua fría y agua caliente; Debe de poseer un espacio para que puedan trabajar administrativos; debe de tener un eficiente laboratorio de hispatología; debe de poseer unos buenos archivos que conserven muy bien las preparaciones, fotografías, fragmentos e informes; un gran almacén

que almacene bien los suministros; una buena separación de las zonas limpias y sucias para tanto los materiales como para las personas.

El técnico de laboratorio o de anatomía patológica que realiza su labor en el contexto de las necropsias tiene una serie de esenciales funciones las cuales contribuyen muy significativamente en el éxito de este tan bueno procedimiento forense y médico: Preparar el material, equipo necesario incluyendo los recipientes de muestras, instrumentos quirúrgicos y equipos de protección personal necesarios para la realización de la necropsia; Asistir concienzudamente al patólogo licenciado o médico forense durante la necropsia, dándole debidamente los instrumentos y manipulando delicadamente al cadáver; Recolectar de forma esmerada y metódica las muestras de los fluidos y de los tejidos corporales; Registrar y también etiquetar las muestras bien recogidas; procesar y analizar minuciosamente las muestras recogidas.

La instrumentación la cual es necesaria para poder realizar correctamente una necropsia incluye una gran variedad de instrumentos específicos para cada una de las fases del procedimiento. Estos instrumentos o herramientas que se enumeran según su función de la siguiente forma: Instrumentos para seccionar tejidos blandos (cuchillos de diferentes tamaños, bisturís con hojas desechables y hoja integral, varios tipos de tijeras, Enterotomo), instrumentos utilizados para poder extraer el cerebro y también la médula espinal (motosierra, cincel en forma de T, rachitome, martillo con gancho y pinzas).

5 Discusión-Conclusión

Para concluir decir que el instrumental necesario para realizar una autopsia es variado y específico para cada etapa de la cirugía, incluyendo instrumentos para cortar tejidos blandos, para extraer cerebro y médula espinal, etc. La precisión y la eficiencia en el uso de estos instrumentos son fundamentales para obtener resultados confiables y valiosos. Además, se puede concluir que el trabajo de los técnicos de autopsia y laboratorio en esta área es crucial para el avance de la medicina, las investigaciones forenses y la resolución de casos médicos y legales. La integridad y la minuciosidad en cada etapa del proceso son fundamentales para llegar a conclusiones precisas que tengan implicaciones significativas para la ciencia y la justicia.

6 Bibliografía

1. Jiménez Julio, T. (2009). Análisis de los resultados histopatológicos, como complemento diagnóstico de las necropsias. Morgue Judicial de Panamá 2010 [Tesis de maestría]. Universidad de Panamá.
2. Sac Gómez, M. V. (2012). NECROPSIA: PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y REPERCUSIÓN PROBATORIA [Tesis de maestría]. Universidad Rafael Landívar.
3. Colas Chavez, M., García Fumero, A. J., Merino López, A., Sánchez Prieto, A., Corea de la Rosa, A., Bacallao Marrero, E., Mojena Suarez, K., & Reyes López, I. (2010). Estudio de la anamnesis epizootica y de la necropsia de aves domésticas en la base asistencial veterinaria. *Revista electrónica de Veterinaria*, 11(1), 1695-7504. <https://www.redalyc.org/pdf/636/63617152006.pdf>.
4. Patiño-Calla, K., & Yabar Berrocal, A. (2021). La pandemia de COVID-19 desde los laboratorios de anatomía patológica del Perú. *Scielo*, 21(3), Inicial. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000300689&script=sci_arttext&tlng=en.
5. Socorro Castro, C., Roque Roque, L., Garcés Garcés, B. R., & Oliver Cruz, M. (2017). Consideraciones sobre autopsia desde una perspectiva ciencia, tecnología y sociedad. *Scielo*, 15(5), Inicial. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000500012.
6. Palomo Rando, J. L., Ramos Medina, V., Palomo Gómez, I., López Calvo, A., & Santos Amaya, I. M. (2015). Autopsia médico-legal en casos de supuesta mala praxis médica. *Scielo*, 21(3), Inicial. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200011.

Capítulo 425

BIOMARCADORES Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA

TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE

1 Introducción

Una de las tareas más desafiantes de la medicina contemporánea es intentar predecir o estimar la probabilidad de que un paciente o una persona sana experimente un evento patológico. Por lo tanto, el uso de biomarcadores para diagnóstico y pronóstico se está volviendo más popular.

Los biomarcadores son cualquier indicador biológico, bioquímico, antropométrico, fisiológico, etc., que se puede medir objetivamente, capaz de identificar procesos patológicos o fisiológicos o, en su defecto, una respuesta farmacológica a una intervención terapéutica. Las terapias, las predicciones y los diagnósticos son solo algunas de las diferentes formas en que se pueden usar los biomarcadores.

Una molécula, organismo o secuencia genética se denomina biomarcador si actúa como un indicador específico de un estado de salud o enfermedad al ser distintivo y particular de esa circunstancia en particular.

El biomarcador ideal debe ser no invasivo, específico, sensible, predictivo, rápido y asequible, estable in vivo e in vitro y clínica y preclínicamente relevante para influir en las decisiones sobre el proceso patológico en el que se utiliza.

Por lo que podemos decir que gracias a los biomarcadores, ahora pueden definir con mayor precisión el tipo de cáncer y mejorar el tratamiento para hacerlo más individualizado para el paciente.

2 Objetivos

- Aprender el sistema de clasificación de histología del tumor de la Organización Mundial de la Salud.
- Comprender la diversa clasificación existente de los tumores.

3 Metodología

Para realizar el presente capítulo, he realizado un estudio exhaustivo centrándome en una revisión sistemática de la literatura centrándome en los biomarcadores y las técnicas de anatomía patológica y citología durante el estudio. En esta revisión de la literatura he utilizado acertadamente las últimas bases de datos científicas como Scopus, Cinhal y Pubmed, así como revistas científicas acreditadas como Scielo, Gerokomos, Pathological Anatomy Magazine, Tesela, Ciber-Revista, Elsevier, Okronos y RqR. Esto me permitió realizar una búsqueda exhaustiva de artículos científicos relevantes.

4 Resultados

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo un nuevo sistema de clasificación que incluyó la histología del tumor y parámetros moleculares. Este diagnóstico integrado de los tumores ha permitido mayor precisión diagnóstica, determinaciones más precisas del pronóstico y selección adecuada de tratamiento.

Los tumores del sistema nervioso central son un grupo grande y heterogéneo de enfermedades que afectan al cerebro. Se dividen en dos grupos principales: primarios (aquellos que se originan a partir de componentes del sistema nervioso central [SNC]) y secundarios (metastásicos que se originan en tumores que se originan fuera del sistema nervioso central). La decisión de tratar a los pacientes con estos tumores dependerá de varios factores como el tamaño, la localización y el tipo histológico.

Los biomarcadores de inmunoterapia contra el cáncer ayudan a determinar la relación entre el sistema inmunológico de un paciente y el tumor. En la práctica clínica, se combinan para identificar a los pacientes que se beneficiarán del uso de este tipo de terapia. Implicado en melanoma: A partir de 2015, CAP recomienda el análisis BRAF. Las mutaciones en este gen ocurren en más del 50% de los melanomas.

En cuanto al adenocarcinoma de la zona que conecta el estómago y el esófago, la mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer gástrico se encuentran en estadio avanzado o metastásico.

El CAP recomienda determinar el estado del gen HER2 y la expresión de proteínas en todos los pacientes con adenocarcinoma localmente avanzado, recurrente o metastásico.

Otros marcadores útiles a identificar en estos pacientes son MSI y PD-L1. El cáncer colorrectal (CCR), al igual que el cáncer de pulmón, es una de las neoplasias malignas con mayores tasas de mortalidad en el mundo.

En el CCR, existen muchos biomarcadores que se utilizan terapéuticamente para ayudar a determinar la susceptibilidad y la detección temprana de la enfermedad, así como para monitorear el éxito del tratamiento y la recurrencia de la enfermedad.

Entre los biomarcadores de diagnóstico, muchos pueden identificarse en muestras de tejido (citoqueratinas, CDX2, etc.), en sangre (inestabilidad cromosómica, ADN autocíclico) (cfDNA), en heces (sangre oculta, ADN, ARN). En cuanto a biomarcadores pronósticos y predictivos en muestras de tejido tumoral, CAP y ASCO recomiendan la identificación de los siguientes biomarcadores: inestabilidad de microsatélites (MSI) y/o proteínas reparadoras del ADN (MMR), RAS (KRAS y NRAS), HER2, NTRK y BRAF24- 26. -MMR: en este caso se identificó que el tumor tiene un defecto en el sistema de reparación del ADN que evalúa al menos 4 proteínas: MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2.

Los pacientes con procedimientos de reparación defectuosos se correlacionan con una alta inestabilidad de microsatélites (MSI-H). Por lo tanto, se debe considerar la evaluación de los tumores de CCR metastásicos en estadio IV, que pueden

tratarse con inmunoterapia.

En cuanto a los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. Histológicamente, el GIST puede parecerse a otros tumores mesenquimales. Sin embargo, hay que distinguirlo de otras entidades, ya que existen terapias dirigidas para los GIST avanzados o metastásicos, utilizando inhibidores de la tirosina quinasa. Por tanto, los biomarcadores moleculares a analizar son: KIT (receptor de tirosina quinasa, protooncogén KIT) y PDGFRA (receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa).

Para el carcinoma de mama invasivo, en tumores recurrentes y/o metastásicos, el Colegio Americano de Patólogos (CAP) y la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) recomiendan identificar primero tres Biomarcadores: receptor de estrógeno (ER), receptor de progesterona (PR) y antipromorfismo. . receptor2 del factor de crecimiento epidérmico (HER2). Estos marcadores tienen valor predictivo y pronóstico: A nivel diagnóstico, el cáncer de mama se clasifica en 5 subtipos, dependiendo de la expresión de estas moléculas; A nivel terapéutico, determinar el estado de los receptores hormonales (ER y PR) identificará a los pacientes que pueden beneficiarse de la terapia hormonal. El tercer marcador evaluado, el receptor HER2, que se sobre expresa entre el 15 y el 30% de los pacientes con cáncer de mama, se asoció con más neoplasias malignas.

En cuanto al carcinoma pulmonar, estudios genéticos realizados en los últimos años, han determinado varios biomarcadores clave en la evaluación de pacientes con adenocarcinomas, entre ellos: EGFR, ALK, ROS1, RET, NTKR, BRAF, KRAS y MET y con un enfoque muy personalizado.

En la actualidad estos marcadores poseen tratamientos dirigidos aprobados por la FDA, y se describen a continuación: el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), RET proto-oncogen, BRAF (serina-treonina quinasa B-Raf), el receptor tirosina quinasa neurotrófico (NTRK), el MET proto-oncogen, el GTPasa KRAS, el receptor tirosina quinasa (ROS1) y el receptor tirosina quinasa ALK.

Cabe destacar que en tumores de este tipo, donde los materiales para histología pueden ser escasos y el número de marcadores moleculares a estudiar es grande, es fundamental seleccionar técnicas que optimicen la recogida de ADN de la

muestra. . En este sentido, se recomienda encarecidamente el uso de plataformas que permitan la identificación simultánea de varios genes y/o alteraciones, como la secuenciación grande (NGS) y la PCR en tiempo real.

5 Discusión-Conclusión

Para la conclusión del presente capítulo decir que los biomarcadores son fundamentales en los laboratorios donde se analizan diversas muestras como tejidos, sangre y fluidos corporales en busca de genes, proteínas u otras moléculas específicas que sirvan como indicadores de enfermedad o condición, incluido el cáncer. Esta valiosa información no sólo facilita la detección temprana de afecciones médicas, sino que también contribuye a una toma de decisiones médicas más precisa y eficaz. En el contexto médico, el uso de herramientas moleculares es fundamental para realizar diagnósticos precisos. En particular, el análisis histológico permite una comprensión profunda del estado de salud del paciente, lo que conduce a las mejores opciones de tratamiento que benefician la salud y el bienestar individual. En este sentido, el uso regular de biomarcadores y la aplicación de tecnologías moleculares en medicina son pasos importantes para mejorar la medicina y lograr resultados óptimos para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Candel-González, F. J., Julián-Jiménez, A., & González del Castillo, J. (2014). Utilidad de los biomarcadores de inflamación e infección en los servicios de urgencias. Elsevier, 32(3), 177-190. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2013.01.005>
2. Arango V., S. S. (2012). Biomarcadores para la evaluación de riesgo en la salud humana. Facultad Nacional de Salud Pública, 30(1), 75-82. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2012000100009&script=sci_arttext
3. Sanmartí, R., & Gómez-Puerta, J. A. (2011). Biomarcadores en la artritis reumatoide. Reumatología Clínica, 6(3), 25-28. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2010.10.007>
4. Gil Hernández, F. (2000). El papel de los biomarcadores en Toxicología Humana. Revista de Toxicología, 17(1), 19-26. <http://rev.aetox.es/wp/wp-content/uploads/2020/12/revtox.17.1.2000.19-26.pdf>
5. Reyes, R., Pernía, B., Castrillo, M., & De Sousa, A. (2008). BIOMARCADORES DE CONTAMINACIÓN POR CADMIO EN LAS PLANTAS. Interciencia, 33(2), Inicial. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442008000200007

6. Beltrán Zúñiga, E., Fonseca-Becerra, C. E., S Cortés, J., & Narváez, C. F. (2019). Sepsis neonatal: aspectos fisiopatológicos y biomarcadores. *Medicas UIS*, 32(3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-03192019000300035&script=sci_arttext
7. Acevedo, M. J., Sermini, C. G., & Arredondo, M. (2017). Biomarcadores del metabolismo y nutrición de hierro. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4), Inicial. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3182>

Capítulo 426

COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO

SONIA SANCHEZ RUIZ

SERGIO FUENTES MARÍN

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

El papel de la radiología y otros tipos de procedimientos por imágenes como método de diagnóstico ha sido crucial en el avance de la medicina a la hora de averiguar las causas de las patologías de los pacientes, de como afrontar las secuelas en enfermedades, qué tipo de tratamientos pautar según el estudio de las imágenes ofrecidas, y en muchos casos de curar cuadros clínicos. Esto ha supuesto la necesidad de tener profesionales especializados en la adquisición y el procesamiento de imágenes, en contextualizar el interior del cuerpo humano. De ahí la importancia de la figura en el ámbito sanitario de los técnicos superior en imagen para el diagnóstico, los cuales garantizan una calidad, nitidez y precisión de las imágenes.

Aunque no solo se encargan de manejar los equipos, ya que también se responsabilizan de que haya una seguridad radiológica, tanto para el propio paciente como para todos los trabajadores implicados, una buena comunicación entre pacientes y técnicos y facultativos, y la premisa de cumplir con unos principios éticos y profesionales.

Cuando el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, recibe la petición de la prueba, tendrá que saber interpretar lo que el radiólogo le pide para conseguir así la imagen más precisa y adecuada a lo que se intenta averiguar. Siempre velará para que el paciente esté cómodo en cada posición, dirigiéndose con un lenguaje claro, conciso y con tono agradable y perfectamente audible, informándole que los resultados se los dará el facultativo con la mayor rapidez posible. Además, deberá estar perfectamente aseado y uniformado.

2 Objetivos

- Desarrollar las competencias, responsabilidades con su trabajo, con los pacientes y con otros compañeros que debe tener el Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, sobre las funciones y responsabilidades del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico en su labor diaria. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un técnico de rayos siempre buscará la perfección en su trabajo, primero para que no se tenga que volver a repetir la prueba, y volver a irradiar al enfermo por segunda vez, y segundo para evitar que los aparatos den fallo o un diagnóstico que no es el adecuado o el preciso. Además, velará para que los equipos, aparatos y utensilios se encuentren perfectamente limpios y desinfectados, asegurando así la bioseguridad de pacientes y trabajadores. Los tratará adecuadamente, llevando

a cabo el calentamiento o pre-funcionamiento, y la calibración que marque el fabricante.

Las funciones del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico, siempre estarán bajo la supervisión de un médico radiólogo, son las siguientes:

- 1/ Una vez que acuda en su turno al puesto de trabajo, lo primero será organizar la agenda, ver los pacientes y las pruebas que tendrá que realizar.
- 2/ Instaurar medidas de seguridad radiológica para minimizar la exposición a la radiación ionizante, tanto para el paciente como para el personal trabajador.
- 3/ Posicionar correctamente al paciente, lo ayudará si fuera necesario, o un celador también podría hacerlo, dando las indicaciones necesarias para que la imagen sea la más perfecta posible.
- 4/ Mantener la confidencialidad y el secreto profesional de la información y los datos del paciente, según la ley de protección de datos.
- 5/ Realizar un informe con todos los datos necesarios según el estudio realizado, especificaciones técnicas, detalle de como ha ido la prueba o cualquier incidencia de importancia.
- 6/ Hablar con el equipo médico, los radiólogos y otros profesionales de la salud para saber qué tipo de imágenes necesita según las patologías de los pacientes y los requisitos específicos de cada estudio.
- 7/ Deberá actualizarse periódicamente sobre los avances tecnológicos y las mejores prácticas en el campo de la imagen médica.
- 8/ Participará en campañas educativas y de capacitación para mejorar sus habilidades técnicas y conocimientos.
- 9/ Nunca podrá dar ningún diagnóstico a pacientes o familiares, ya que no está capacitado para ello.
- 10/ Sabrá manejar todo tipo de tecnología disponible como son: tomografía axial computarizada (TAC), radiografías, ecografías, mamografías y resonancias magnéticas.
- 11/ Interactuará permanentemente con otras áreas del hospital como son urgencias, UCI o quirófanos.

5 Discusión-Conclusión

La figura del técnico en imagen para el diagnóstico tiene una serie de responsabilidades que son muy importantes para que la obtención de imágenes médicas sean de la calidad esperada, para que así se pueda diagnosticar enfermedades y patologías de manera rápida y precisa. Además, velará para que se cumpla el protocolo de seguridad ante la radiación, aplicando las dosis más bajas posibles, y

protegiéndose a sí mismo o a otros compañeros con equipos especiales. El técnico de rayos, ajustará los aparatos según los parámetros técnicos adecuados, posicionará al paciente de manera adecuada y colaborará con el equipo médico, radiólogos y otros profesionales, de manera que se pueda ofrecer resultados precisos y seguros en los diagnósticos, y una asistencia de calidad al paciente.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo :funciones del Técnico de rayos, competencias del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico.
2. <https://www.aulacem.es/tecnico-de-rayos-x/>.
3. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-imagen-servicioradiodiagnostico/#::text=Las%20actividades%20propias%20de%20los,de%20las%20piezas%20de%20reposito>
4. <https://www.campustraining.es/cursos/salud/tecnico-superior-imagendiagnostico-medicina-nuclear/funciones/>

Capítulo 427

DOSIFICACIÓN DE LAS RADIACIONES IONIZANTES POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO

SONIA SANCHEZ RUIZ

SERGIO FUENTES MARÍN

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

En el ámbito sanitario se utilizan una serie de pruebas que permitirán al equipo médico especializado, diagnosticar enfermedades, averiguando el porqué de la patología que presenta el paciente, para ello se utilizarán unos aparatos bien avanzados tecnológicamente que ofrecerán imágenes de distintos partes del cuerpo, huesos, órganos, vasos sanguíneos, etc. Estas pruebas podrían ser: radiografías, fluoroscopia, endoscopias, gammagrafías, tomografías computarizadas (TC), resonancia-magnética, etc. Las cuales poseen la ventaja de que ofrecen una información rápida, veraz y concisa del interior del organismo, pero la desventaja es la exposición a la radiación, con sus efectos adversos para la salud de los pacientes y de los trabajadores que están cada día ante ellas.

En el ámbito de la radiología, se utiliza un concepto en inglés que pone de manifiesto la necesidad de aplicar siempre la mínima cantidad de radiación posible: As Low As Reasonably Achievable, ALARA, que se sienta bajo las premisas de la justificación, optimización y limitación.

Ante ello, el Técnico Superior de Imagen para el Diagnóstico, o Técnico de Rayos, siempre tendrá una labor muy importante a la hora de priorizar la optimización de la dosis de radiación en las pruebas de imagen médica, de ahí la importancia de su profesionalidad, conocimientos, su formación continua y como no la experiencia, que le permitirán adaptar las dosis según las necesidades clínicas de cada paciente. Aparte, siempre explicarán a los pacientes la prueba que se le va a realizar, resolviendo dudas, e informando de los riesgos y beneficios de la radiación.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del establecimiento de la dosis justa y necesaria de radiación al paciente por parte del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente relativa a la importancia de las dosificaciones de las radiaciones ionizantes por parte del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico siempre actuará y realizará la toma de imágenes, controlando los parámetros de radiación bajo tres conceptos:

1. se obtendrá menos radiación, cuanto más largo esté el foto de radiación y la persona a la que se le hace la prueba.
2. Cuanto menos tiempo se le exponga a la prueba, menos radiación, por lo tanto será imprescindible que se le coloque bien al paciente, se calibre bien los aparatos

y tenga en cuenta otras cuestiones técnicas para que a la primera salga bien la toma de imágenes y no se tenga que repetir.

3. La importancia de las barreras protectoras y el uso de equipos de protección profesional.

Las radiaciones pueden ser principalmente de tres tipos: alfa, constituidas por dos neutrones y dos protones, beta, son los llamados electrones del átomo y pueden ser tanto positivos como negativos, y finalmente la radiación gamma constituida por fotones, es decir, radiación electromagnética similar a los rayos X y a la luz pero más energética y, por lo tanto, más difícil de controlar.

La limitación y las normas a seguir en cuanto a la dosis de radiación que sienta el principio ALARA necesita de que los organismos reguladores sienten las bases para su aplicación en un rango seguro, y su aplicación necesita de una precisa colaboración entre radiólogos, Técnicos Superiores en Imagen para Diagnóstico, y otros profesionales de la salud sanitaria.

El Técnico de Rayos coordinará y ajustará los parámetros de la prueba, siguiendo los protocolos y directrices establecidos, teniendo en cuenta que tipo de imagen necesita el radiólogo para así poder diagnosticar más claramente al paciente, sin dudas, manteniendo a su vez siempre la calidad diagnóstica necesaria. Además, el Técnico, podrá ajustar las dosis de radiación según el tamaño y la edad del paciente, el área anatómica a examinar y los objetivos clínicos específicos.

Si a todo ello se le suma la formación especializada, la formación continuada, la experiencia y el juicio clínico del Técnico de Rayos, junto con la colaboración de los radiólogos, se concluye que la obtención y la calidad de las imágenes serán las correctas. Además, se podrán tomar decisiones informadas sobre si es posible reducir aún más la dosis sin comprometer la interpretación y el diagnóstico del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto que las radiaciones son de tres tipos, alfa, beta y gamma, las cuales pueden afectar negativamente a la salud del paciente, al que se le está haciendo la prueba de obtención de imágenes de cualquier parte del cuerpo, y a los propios trabajadores que controlan los aparatos y procedimientos. Para ello se debe de establecer una dosis de radiación tolerable para ambos, así como para el medio ambiente. Ante esta necesidad se adopta el principio de ALARA, el cual sienta las bases para aplicar la cantidad de radiación justa y necesaria para que la obtención de imágenes sean de calidad y así diagnosticar adecuadamente al paciente.

El técnico de imagen desempeña un papel vital en la optimización de la dosis de

radiación en las pruebas de imagen médica, siendo imprescindible su profesionalidad, experiencia y conocimientos para dar con la imagen perfecta y controlar los parámetros y ajustar la dosis de radiación, manteniendo un entorno médico seguro.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : radiacion ionizante, dosis de radiaciones, Tecnico de rayos.
2. <http://revistamedica.com>.
3. Técnicas de imagen por resonancia magnética. Ed. Síntesis 2019. Vicente Juan Megías Moreno.
4. www.prlaborales.com.

Capítulo 428

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO ANTE EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

SONIA SANCHEZ RUIZ

SERGIO FUENTES MARÍN

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

El paciente politraumatizado es aquel que debido a causas tales como: accidentes de tráfico, explosiones, o aplastamientos, han sufrido multitud de traumatismos en la gran mayoría de su cuerpo, muy complejas y severas hasta tal punto de comprometer su supervivencia. De ahí la importancia que tiene la rama radiológica ante este tipo de pacientes para detectar lesiones internas, ofreciendo una información de vital importancia para que los equipos médicos de distintas especialidades puedan suministrarle el tratamiento adecuado, o someterle a las operaciones quirúrgicas pertinentes, con tal de salvarle la vida o que pueda salir de esta situación con las mínimas secuelas posibles.

Supone un gran desafío para los técnicos de radiodiagnóstico al realizar estudios de imagen en estos tipos de pacientes, realizando todo tipo de pruebas como

pueden ser: la tomografía computarizada (TC), la radiografía, la ecografía, resonancia magnética, etc., siempre teniendo en cuenta los pros y los contras de someter al paciente a una radiación que podría empeorar sus síntomas, por ello el Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico valorará siempre con el resto de profesionales el tipo de prueba a realizar, el objetivo que pretenden conseguir con la imagen que facilite, para ofrecer un servicio asistencial de calidad, interpretando adecuadamente los hallazgos radiológicos, con las menos repercusiones posibles para el paciente.

Cuando estos pacientes llegan al servicio de urgencias, se les atenderá de manera rápida y con sumo cuidado, y los médicos pautarán aquellas pruebas necesarias para evaluar el estado en el que se encuentra el paciente. Una radiografía lateral de tórax se incluye de forma rutinaria en el proceso de planificación, así como de columna, cervical y la pelvis anteroposterior.

2 Objetivos

- Exponer la labor del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico realiza cuando debe realizar distintas pruebas radiológicas a pacientes politraumatizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, sobre la función del técnico superior en imagen para diagnóstico ante pacientes politraumatizados. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ante este tipo de pacientes, la evaluación radiológica desempeña un papel crucial, ya que proporciona información detallada sobre las lesiones internas, es rápida y eficaz, y además sirve de guía a los médicos sobre como tratar el paciente a partir de ese momento, ya que permite identificar neumotórax, fracturas óseas, desplazamientos articulares o lesiones internas. La realización de una radiografía

podría servir de base para que se pidan otras modalidades de imagen más específicas, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM):

- La tomografía computarizada permite ver con precisión las lesiones en diferentes tejidos y órganos, pudiendo identificar hemorragias, contusiones, fracturas complejas y lesiones viscerales.
- La resonancia magnética, se reserva para casos selectos en los que se necesita una evaluación más detallada de las lesiones, como las de médula espinal, lesiones cerebrales traumáticas o lesiones de partes blandas.

El Técnico de Rayos ante estos pacientes, siempre valorará el estado en el que se encuentra, su movilidad y como posicionarlo con la ayuda del celador en cada proyección para obtener la imagen más adecuada, detallada y precisa posible, sin causar más daño o dolor al paciente. Además, las salas de radiología cuentan con los mismos recursos de soporte vital básico que hay en las salas de críticos por si hubiera que atenderlos de urgencias ante un empeoramiento de su salud. Siempre tendrá en cuenta el no retirar collarín ni la tabla de inmovilización.

Lo normal es que le pidan las siguientes proyecciones: Columna cervical lateral (que incluya las 7 vértebras hasta la T1), Tórax anteroposterior y Pelvis anteroposterior. Para ello moverá la camilla con ayuda del celador para conseguir la mejor posición según la imagen que se desea obtener, pudiendo observar si hay fracturas de costillas, de huesos, roturas de tejidos blandos, neumotórax, etc. A continuación, el Técnico de rayos enviará el packs todas las imágenes al médico solicitante para que continúe con el estudio y valorar otras pruebas complementarias.

5 Discusión-Conclusión

El paciente politraumatizado es aquel que tiene multitud de lesiones en todo su cuerpo, el cual debe ser tratado de forma rápida, eficaz y con el máximo cuidado para no empeorar el cuadro clínico que ya tiene. Por lo que al llegar al servicio de urgencias, el equipo médico tramitará la petición de distintas pruebas radiológicas para detectar fracturas, lesiones en partes blandas, desplazamientos articulares, etc., las cuales permitirán la obtención de las imágenes precisas que tomará el técnico superior en imagen para diagnóstico para que se pueda tener un conocimiento general del estado de salud del paciente y pueda ser tratado adecuadamente con fármacos u operaciones quirúrgicas.

El Técnico de rayos, tendrá un papel fundamental a la hora de tratar a este tipo de pacientes, realizando las movilizaciones precisas y rápidas, con la mayor calidad posible, sin quitarle el collarín ni la tabla de inmovilización. El factor profesional

y su experiencia serán cruciales ante estas situaciones tan complejas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 429

TSID: PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA EXPLORACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE

BRENDA BARRERA GONZÁLEZ

1 Introducción

Lo más probable es que el paciente esté intranquilo cuando asiste al servicio de radiología. Puede tener miedo a que le realicen una prueba dolorosa, o incluso agobio de que revele algún proceso patológico. En cualquiera de los casos, el técnico ha de explicar al paciente en qué consistirá la prueba, además de proporcionarle ayuda en todo lo que necesite a fin de tranquilizarle y asegurar su comodidad.

Las tareas del técnico se pueden clasificar del siguiente modo:

- Tareas asistenciales
 - Asegurarse de la identidad del paciente. Llamarlo siempre por su nombre y conocer la exploración que se le va a practicar.
 - Informar en todo momento al paciente del proceso de la prueba.
 - Proporcionar al paciente los cuidados básicos de asistencia (movilización, acomodación, cambio de ropa, etc.) y evaluar su estado, por si presenta algún signo o síntoma.
 - Preocuparse por las necesidades del paciente y atenderlas con amabilidad. Si el paciente percibe que se le trata con mala educación, este responderá negativamente. Ello conllevará dificultades a la hora de realizar la prueba.
 - Explicar al paciente claramente y despacio qué debe hacer.

- Escuchar al paciente cuando hable, puede que lo que quiera decir sea importante.
- Interesarse por su enfermedad o dolencia para una correcta realización de la prueba.
- Responder educada y evasivamente si el paciente pregunta por los resultados.
- Funciones técnicas
- Realizar las tareas de limpieza y mantenimiento de los aparatos y material radiográfico.
- Estar pendiente de la recepción de los pacientes en la sala de exploración y comprobar los datos identificativos, aunque en muchas ocasiones esté automatizado.
- Examinar detenidamente la petición del estudio radiográfico y llevarla a cabo.
- Funciones de actualización profesional
- Contribuir en los trabajos de investigación que puedan realizarse.
- Renovar y actualizar los conocimientos sobre su especialidad para brindar un servicio que contemple las últimas actualizaciones en la materia.

2 Objetivos

Conocer cómo serán los pasos previos que han de realizarse antes de llevar a cabo un estudio simple de radiología convencional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En primer lugar, debemos conocer perfectamente la terminología empleada para designar las posiciones radiológicas. Así, podremos organizar las peticiones de exploración dependiendo de las zonas anatómicas y elegir los equipos e instrumentos necesarios.

Antes que nada, vamos a distinguir entre posición radiológica y posición anatómica:

- Posición radiológica: es la posición que ha de adoptar el paciente para mostrar radiográficamente ciertas partes del cuerpo en los receptores de imagen.
- Posición anatómica: es la posición adecuada en la que se coloca el cuerpo humano para su estudio anatómico.

En dicha posición el sujeto se halla de pie, erguido, con la cabeza y el cuello también erectos; mirando al frente (hacia el observador); los brazos extendidos hacia abajo, a cada lado del cuerpo, y las palmas de las manos hacia delante; las piernas extendidas y juntas, con los pies señalando el frente.

- Posiciones corporales

Las posturas que el paciente puede adoptar durante su estudio radiográfico son las siguientes:

- Bipedestación: de pie, apoyado sobre los dos pies.
- Decúbito supino: tumbado sobre su espalda.
- Decúbito prono: tumbado sobre su vientre.
- Decúbito lateral: tumbado de lado.
- Si apoya el lado derecho, decúbito lateral derecho.
- Si el que apoya es el izquierdo, decúbito lateral izquierdo.

Términos de indicación y localización:

Sirven para definir y situar un elemento anatómico respecto de otro. En anatomía no se emplean términos básicos como arriba, abajo o de costado, sino que se utiliza una nomenclatura más precisa.

Posterior o dorsal:

Es todo aquello que se sitúa más cerca de la parte de atrás del cuerpo o en esa parte.

Anterior o ventral:

Es todo aquello que se sitúa más cerca de la parte frontal del cuerpo o está en esa parte.

Craneal o superior:

Hace referencia a lo que está más cerca de la cabeza.

Lateral: designa todo lo que se aleja del plano medio y sagital.

Medial: hace alusión a todo lo que se acerque al plano medio y sagital.

Homolateral: ubicado en el mismo lado del cuerpo.

Contralateral: situado en lados contrarios del cuerpo.

Proximal: es toda aquello que está cerca o está próximo al punto de inserción de una parte.

Distal: es toda aquello que está lejos o se aleja del punto de inserción de una parte.

Palmar: la palma de la mano.

Plantar: la planta del pie.

Dorsal: es la parte opuesta a la palmar y plantar.

5 Discusión-Conclusión

Se ha visto cómo se ha de colocar un paciente para un estudio radiográfico simple, cuáles serían las posiciones corporales adecuadas para una mejor visualización de lesiones, fracturas, entre otras. Para este tipo de estudios, como se ha redactado anteriormente, se debe conocer perfectamente la terminología empleada para designar las posiciones radiológicas. De este modo se podrán organizar las peticiones de exploración dependiendo de las zonas anatómicas y elegir los equipos e instrumentos necesarios. Es muy importante también distinguir entre posición anatómica y posición radiológica.

6 Bibliografía

1. PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA EXPLORACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE - Patricia Irene Maurelos Castell (3 de Julio de 2020) <https://www.sintesis.com/data/indices/9788490773901.pdf>
2. TERMINOLOGÍA DE LAS POSICIONES RADIOLÓGICAS - Lampignano, J. Bontrager, K (27 de Septiembre de 2013) <http://aetr.net/wp-content/uploads/2014/06/folleto-BONTRAGER-Manual-de-posiciones.pdf>

Capítulo 430

EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA, TAC DE SIMULACIÓN

RAQUEL MADRID MARTINEZ

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

NURIA ARAQUE GUERRERO

1 Introducción

En el servicio de radioterapia oncológica de un centro hospitalario se abordan todas las fases por las que transcurre un paciente oncológico de principio a fin, desde que se le es diagnosticado por un médico, hasta que finaliza su tratamiento y se procede a un seguimiento.

Este proceso consta de varias etapas, las cuales podrían simplificarse en las siguientes; diagnóstico mediante pruebas de imagen, tratamiento, y posterior seguimiento.

Este capítulo lo enfocaremos en el inicio del tratamiento, ya que es ahí donde se decide absolutamente todo lo que posteriormente se deberá reproducir de la manera más exacta posible en todas las sesiones de tratamiento que reciba el paciente, es por esto por lo que recogeremos de manera breve y concisa un resumen de aquellos puntos de suma importancia, los cuales debemos de tener muy en cuenta a la hora de realizar lo que conocemos como TAC de simulación.

Este TAC lo realiza el Técnico en Radioterapia y Dosimetría, uno de los profesionales que forma parte del equipo multidisciplinar que conforma el servicio de radioterapia oncológica de un hospital, cabe destacar que este no solo es el encargado de realizar el tratamiento como profesional del mismo, sino que además es

el profesional que acompaña al paciente en todo el proceso, brindándole apoyo psicológico y emocional.

2 Objetivos

- Recoger de manera simplificada aquellas etapas de las que consta y posee un paciente oncológico.
- Enumerar algunas de las muchas funciones que posee el técnico en radioterapia y dosimetría.
- Remarcar la importancia del TAC de simulación previo al tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para dar comienzo a los resultados obtenidos haré un breve resumen del camino que recorre el paciente oncológico.

En la mayoría de las ocasiones comienza en Atención primaria, donde acude para informar a su médico de aquellos síntomas que está padeciendo, este le derivará al especialista encargado de ocuparse de aquellas patologías que puedan producir esos síntomas, por ejemplo en el caso de tener un dolor de cabeza, derivará al neurólogo.

Estos especialistas serán los encargados de pautarle diversas pruebas de imagen con las que poder obtener un diagnóstico claro, para el caso de los pacientes oncológicos, es imprescindible realizar una biopsia, así como realizar analíticas y marcadores tumorales, para no solo a cerciorarte de la existencia del tumor, sino también de su exacta localización y tamaño.

Es aquí cuando el paciente recibe la noticia de qué comenzará un proceso oncológico para tratar el cáncer que le acaban de diagnosticar. Al mismo tiempo, el especialista, será el encargado de derivar el historial del paciente al Servicio de Radioterapia oncológica, en el que un equipo multidisciplinar conformado por

TCAE, enfermeros, médicos, radiofísicos, técnicos... entre otros, serán los encargados de su tratamiento.

Cuando el paciente llega al servicio es recibido por TCAE y administrativos, estos se encargan de tomar los datos del paciente, así como de guiarle para su primera valoración médica, aquí es donde el mismo le explicará en qué consistirá su tratamiento, así como cuantas sesiones conllevará el mismo.

Después acudirá por la consulta de enfermería, donde las profesionales que la conforman explicarán al paciente las recomendaciones higiénicas y nutricionales, qué deberá de seguir durante todo su tratamiento basadas en la patología y zona que se va a tratar, además son las encargadas de realizar un seguimiento al paciente en el que recogen aquellos datos que sean de interés respecto a la toxicidad y efectos secundarios que se le puedan estar ocasionando al paciente durante su tratamiento así como tratar todos aquellos para los que estén cualificadas.

Por último, antes del tratamiento se da paso al TAC de simulación, el técnico de radioterapia y dosimetría valorará y decidirá cuál es la mejor posición que debe tener el paciente en cada sesión, esta posición deberá ser lo más accesible a la radiación minimizando el riesgo de los órganos circundantes, pero sin olvidar que tiene que ser lo más cómoda posible para el paciente ya que tendrá que ser repetida con exactitud en todas las sesiones de tratamiento a las que será sometido el paciente.

En este tac se toman imágenes anatómicas de la posición en la que el paciente deberá de ir colocado en los días de tratamiento, así como también se realizan tres pequeños tatuajes, como 3 puntos que servirán de referencia para reproducir al paciente durante el tratamiento, para ello el técnico se verá ayudado por los láseres que se encuentran en la sala de tratamiento.

Una vez tomadas las imágenes, se contornearán en las mismas los órganos de riesgo, así como el servicio de radiofísica estudiará como aplicar la radio en la zona, así como limitar la dosis en los órganos de riesgo.

Una vez planificado todo serán los técnicos en radioterapia y dosimetría los encargados de llevar a cabo el tratamiento del paciente, reproduciendo al pie de la letra lo pautado en el tac de simulación.

5 Discusión-Conclusión

Profesionalidad, tecnología y empatía

Se concluye este capítulo con esas tres palabras que me parecen claves en el tratamiento de un paciente oncológico, se necesita en primer lugar un equipo de profesionales multidisciplinares que estén dispuestos a poner en juego todos

sus conocimientos para qué el paciente reciba el mejor tratamiento posible, pero muchas veces aunque se posea ese conocimiento se ve limitado por los recursos ya sea o porque no sean accesibles por su elevado coste económico o porque no sean lo suficientemente punteros, ya qué en este caso en cuanto a tecnología hablamos es de suma importancia ser pioneros, ya que depende en su gran mayoría la eficacia del tratamiento de la misma.

6 Bibliografía

<https://www.radioncologa.com/2012/11/la-simulacion/>

<https://www.oncologysystems.com/blog/lo-que-usted-debe-saber-sobre-simuladores-tac>

<https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicossancarlos/file/3330/download?token=aGaTbDBu>

<https://www.youtube.com/watch?v=SIL3PaCid-M>

Capítulo 431

EL PROFESIONAL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO Y LA IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS ELECTRÓGENOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

HONORATO LOZANO MOYA

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

1 Introducción

El grupo electrógeno es una instalación mecánica mueve un generador eléctrico utilizando un motor de combustión interna. Básicamente, el grupo electrógeno transforma la capacidad calorífica en energía mecánica y posteriormente

en energía eléctrica. Los componentes más importantes son el motor y el alternador, junto a otros, también imprescindibles, como el depósito de combustible, la batería, el panel de control o el silenciador y se suelen alimentar de combustibles como el gas natural, el diésel o el biogás. Los grupos electrógenos se suelen utilizar en lugares donde no hay acceso al sistema general de electricidad, en los que hay cortes frecuentes del suministro eléctrico, o en aquellos en los que el suministro de electricidad es un factor crítico y es necesario un suministro continuo y fiable.

Los centros hospitalarios son instalaciones fundamentales para la atención médica, y para garantizar el buen funcionamiento de sus servicios es necesario que tengan acceso a fuentes fiables de energía eléctrica. Cualquier corte de energía del suministro eléctrico en un centro hospitalario puede resultar una catástrofe causando la paralización de la iluminación, los sistemas de climatización, los quirófanos, radiología, los sistemas para la monitorización de los pacientes y multitud de otros dispositivos médicos. En este punto cobran relevancia los grupos electrógenos o generadores eléctricos, al conformarse como una solución de respaldo imprescindible crucial para garantizar el suministro de energía eléctrica y, con ello, la continuidad del cuidado de los pacientes.

La relevancia de los grupos electrógenos en los centros hospitalarios justifica la importancia de su mantenimiento. Mantenimiento del que son responsables los profesionales mecánicos de los centros hospitalarios.

2 Objetivos

- Poner de relevancia la importancia de los grupos electrógenos en el suministro continuo y fiable de energía eléctrica en los centros hospitalarios
- Describir las funciones y las tareas de mantenimiento desarrolladas por parte del profesional mecánico en el mantenimiento de los grupos electrógenos del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y

Google Académico usando como palabras claves: “grupo electrógeno en hospitales”, “mantenimiento del grupo electrógeno” o “mecánico y grupo electrógeno”.

4 Resultados

Los grupos electrógenos de los centros hospitalarios se activan automáticamente en aquellos casos en los que el suministro de energía general sufra un corte garantizando el suministro eléctrico de manera continua y fiable. Estas instalaciones están dotadas con dispositivos que detectan la pérdida de energía de la red y activan el grupo electrógeno prácticamente de manera instantánea de manera que, el centro hospitalario, no sufre ningún periodo de pérdida de suministro de electricidad.

La importancia de los grupos electrógenos en un centro hospitalario es innegable. Al tener un suministro eléctrico continuo ante cortes de electricidad, situaciones de emergencia o catástrofes, los servicios hospitalarios pueden seguir funcionando ininterrumpidamente, asegurando la atención necesaria a los pacientes en todo momento con la importancia que ello conlleva cuando se trata de pacientes en situaciones críticas.

El mantenimiento de los grupos electrógenos por parte de los profesionales mecánicos de los centros hospitalarios es fundamental para garantizar su correcto funcionamiento en caso de emergencia. El profesional mecánico, a la hora de realizar el mantenimiento, debe tener en cuenta diferentes aspectos:

La realización de un mantenimiento preventivo periódico, que debe incluir la revisión del motor, el alternador, el sistema de control, el sistema de arranque o el sistema de carga de baterías. Con la realización de tareas como: limpieza general del grupo electrógeno, revisión de la temperatura, revisión de los niveles de agua y de aceite y el cambio de aceite del motor, la limpieza o los cambios de los filtros del motor, los ajustes o los cambios de correas, la revisión de las baterías, o la revisión de contactos eléctricos, entre otras.

La realización de inspecciones periódicas que permitan la detección de averías y su reparación inmediata si la avería es crítica.

La realización de pruebas de carga para que quede garantizado que el grupo electrógeno tiene la capacidad de suministro de energía suficiente en caso de que sea necesario su uso.

La realización de comprobaciones que aseguren que el grupo electrógeno está conectado de manera correcta al sistema eléctrico del centro hospitalario.

La realización de comprobaciones de que la instalación cumple con todas las normativas y especificaciones existentes para los entornos hospitalarios

La elaboración de un plan de contingencia, para que, en caso de que falle el grupo electrógeno, estén identificados los equipos médicos críticos y las medidas a adoptar en caso de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Los grupos electrógenos suponen una solución de respaldo fundamental en los centros hospitalarios. Esto es así porque aseguran un suministro de electricidad continuo y fiable en situaciones de cortes de suministro eléctrico del sistema principal. Estos sistemas de generación de energía, al activarse de manera automática, garantizan que los servicios médicos no se vean afectados en ningún momento por la falta de energía, protegiendo, con ello, la asistencia de calidad al paciente y, sobre todo, su atención en situaciones vitales críticas.

El profesional mecánico es el encargado de la realización del mantenimiento de los grupos electrógenos y el garante de correcto funcionamiento en caso de emergencia. Con la realización de un mantenimiento preventivo periódico y con sus tareas asociadas, inspecciones, comprobaciones y el respeto a las normativas y especificaciones existentes para los grupos electrógenos en entornos hospitalarios, el profesional mecánico garantiza que el grupo electrógeno esté en perfectas condiciones para funcionar en aquellos momentos en los que sea necesario, contribuyendo, con ello, a garantizar una asistencia segura y de calidad.

6 Bibliografía

1. Agresa.es. [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.agresa.es/blog/grupos-electrogenos-en-hospitales/>
2. Buxo TL. Consejos sobre grupos electrógenos [Internet]. Electra Molins. [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://electramolins.com/category/consejos-sobre-grupos-electrogenos/>
3. Martínez-Delgado E, Cabrera-Gómez J II, Arce-Castro BA III. Diagnosis of maintenance service for emergency power suppliers [Internet]. Sld.cu. [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/im/v22n2/1815-5944-im-22-02-92.pdf>
4. Grupos electrógenos diésel en conformidad con ISO 8528 [Internet]. Ascopower.com. [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ascopower.com/mx/es/resources/articles/testing-diesel-gen-sets-to-iso8528.jsp>

Capítulo 432

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA SANITARIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

1 Introducción

Un componente crucial de la atención eficaz del paciente es la gestión de la agenda de salud del hospital. Los profesionales de la salud pueden realizar consultas de manera oportuna y eficiente mediante la gestión eficaz de las citas de los pacientes. El auxiliar administrativo en el ámbito de la salud cobra un papel fundamental en esta situación. Se utilizará la perspectiva del auxiliar administrativo sobre el manejo de la agenda de salud del hospital para explicar los procedimientos clave que se deben seguir para llevarla a cabo en este escrito.

El auxiliar administrativo de salud debe gestionar con eficacia una serie de tareas cruciales relacionadas con la agenda de salud del hospital. Estas actividades

incluyen recibir solicitudes de citas, verificar la disponibilidad del médico o especialista, programar, obtener la aprobación del paciente y enviar recordatorios. Para realizar estas tareas de manera efectiva, el auxiliar administrativo en el campo médico y hospitalario debe tener excelentes habilidades de comunicación y organización. El uso de herramientas tecnológicas también puede ser de gran ayuda para agilizar el procedimiento y reducir errores, como la plataforma de programación de citas y las agendas médicas.

Ocasionalmente, se pueden requerir recordatorios de citas para evitar que los pacientes se olviden o lleguen tarde. Los correos electrónicos, los mensajes de texto y las llamadas telefónicas se pueden usar para esto.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en la gestión de la agenda médica.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica de este trabajo, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en IBECs (BVS), SciELO y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre diciembre de 2022 y marzo de 2023.

4 Resultados

Una de las funciones más cruciales que puede llevar a cabo un auxiliar administrativo de atención médica es administrar la agenda médica. Para garantizar que el horario de trabajo se organice de manera efectiva y sin demoras, esta tarea implica coordinar las citas de los pacientes con los médicos y otros proveedores de atención médica.

El auxiliar administrativo en salud debe realizar las siguientes acciones para el manejo de la agenda médica:

Recibir las solicitudes de citas de los pacientes es el primer paso. Puede lograr esto por teléfono, por correo electrónico o en persona.

Ingreso de datos: Después de recibir la solicitud, el auxiliar administrativo de salud debe ingresar la información del paciente, incluyendo el nombre, información de contacto (incluyendo número de teléfono y dirección), y el propósito de

la consulta. Además, debe agregar a su base de datos el profesional médico que el paciente desea ver.

Revisión de disponibilidad: La siguiente acción es revisar la disponibilidad del médico o especialista. El auxiliar administrativo de salud debe tener acceso al calendario del profesional para verificar si hay horarios abiertos.

Asignación de citas: Si se dispone de horario, el auxiliar administrativo de salud debe darle al paciente esa cita. Deben asegurarse de que el tiempo asignado sea el adecuado para la consulta y que el paciente sepa la hora y la fecha de la cita.

Confirmación de la cita: El auxiliar administrativo debe hablar con el paciente para confirmar la cita y asegurarse de que tenga toda la información necesaria para llegar al centro y presentarse a su consulta.

Ocasionalmente, se pueden requerir recordatorios de citas para evitar que los pacientes se olviden o lleguen tarde. Los correos electrónicos, los mensajes de texto y las llamadas telefónicas se pueden usar para esto.

5 Discusión-Conclusión

Después de examinar detenidamente los estudios que hemos elegido para nuestra revisión, hemos llegado a la conclusión de que la capacidad de cualquier institución sanitaria para funcionar eficazmente depende de lo bien que se gestione la agenda de salud del hospital.

El auxiliar administrativo para la salud es un trabajador muy importante dentro de este proceso y debe poseer fuertes habilidades de comunicación y organización para cumplir con sus funciones y tareas encomendadas. Se mejora la calidad de vida de la población y se asegura un sistema de salud más eficaz cuando se gestiona adecuadamente la agenda de salud hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Corporación Autónoma Regional de Risaralda CARDER. 2019. Agenda Ambiental Municipio de La Virginia Risaralda 2016-2019.
2. Cuayal, J. y Romero, L. 2016. Documentación del sistema de gestión ambiental en el marco de la NTC-ISO 14001 para la E.S.E Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira.

Capítulo 433

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA TRAMITACION DE LA TARJETA SANITARIA

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

1 Introducción

A los afiliados al Sistema Nacional de Salud que utilizan el servicio de la tarjeta sanitaria se les facilita un medio de identificación que les permitirá estar dados de alta en el sistema público de salud de la comunidad autónoma.

Cada persona necesitará su propia copia de este documento, ya que será personal e intransferible.

En los centros de salud (hospitales, clínicas, ambulatorios, centros de salud rural, etc.), se debe presentar esta tarjeta.), aunque no lo tengas en ese momento, podrás buscar en el sistema por otros medios, como el número de identidad de la persona física (DNI).

Dado que habrá muchos problemas con la tarjeta y posibles expediciones si la ciudad donde se encuentra el centro de salud es grande, el asistente administrativo a cargo del servicio de la tarjeta de salud debe estar debidamente capacitado.

Las personas deben visitar su centro de salud local y completar el papeleo necesario y la solicitud para solicitar la tarjeta de salud.

El usuario recibirá la tarjeta sanitaria en su domicilio o podrá recogerla personalmente en el centro de salud una vez realizados todos los trámites por el personal técnico administrativo.

El auxiliar administrativo será el encargado de expedir la tarjeta sanitaria a aquellos usuarios que la requieran.

2 Objetivos

Hablar de cómo el auxiliar administrativo efectuará los trámites necesarios que requieran los usuarios en lo referente a la tarjeta sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Si un usuario necesita una tarjeta de salud, el auxiliar administrativo será el encargado de proporcionarla.

El auxiliar administrativo está obligado a dar la siguiente información al usuario cuando solicita una tarjeta de salud:

- El formulario que debe ser llenado; y los requisitos previos para la emisión de la tarjeta.
- DNI o NIE del interesado; en el caso de un usuario menor de 14 años, que aún no disponga de DNI, podrá presentar el Libro de Familia original junto con una copia compulsada, así como el DNI de uno de sus padres.
- La copia certificada deberá entregarse con el documento de inscripción en el padrón municipal.
- También se debe presentar el documento del Instituto Nacional de la Seguridad Social que le otorga el derecho a la asistencia sanitaria. Independientemente de la

comunidad solicitada, el auxiliar administrativo expedirá a cada usuario una tarjeta válida en todo el sistema nacional de salud y que llevará asociado un número de identificación exclusivo e intransferible junto con su número de seguro social. La información en el frente de la tarjeta debe de llevar los siguientes datos:

- Junto a las etiquetas del sistema nacional de salud español y tarjeta sanitaria, se mostrará en la parte superior la comunidad autónoma a la que pertenece.
- En el centro se encuentra el código CIP-AUT, que servirá como código único de cada usuario.
- Posteriormente, conoceremos el DNI del titular de la tarjeta, número de la Seguridad Social o número de la Seguridad Social asociado y, por último, la fecha de caducidad de la tarjeta sanitaria.
- A continuación aparecerá el nombre completo del titular de la tarjeta.
- La última fila mostrará el código de identificación de la administración sanitaria emisora.

5 Discusión-Conclusión

Independientemente de la comunidad autónoma a la que pertenezcamos, la tarjeta sanitaria nos servirá para darnos cobertura médica en cualquier institución o centro conectado al sistema nacional de salud. Como hemos indicado anteriormente, la tarjeta sanitaria será de uso personal e intransferible.

El auxiliar administrativo necesita recibir formación para poder realizar los distintos servicios que ofrece la tarjeta sanitaria, como por ejemplo, proporcionar una tarjeta provisional o un número provisional a los extranjeros que pueden utilizar el sistema nacional de salud.

La persona puede solicitar la tarjeta sanitaria en cualquier centro de salud, urbano o rural, y le servirá de enlace para recibirla en su domicilio o, si lo prefiere, que se la envíen al propio centro de salud.

6 Bibliografía

<http://tramites.administracion.gob.es/comunidad/tramites/recurso/tarjetasanitaria/2735f1d-6dcf-49f5-b4e9-ba53e2a38e48>
<http://revistamedica.com>

Capítulo 434

PROBLEMAS EN LA COMUNICACIÓN POR PARTE DEL CELADOR

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

1 Introducción

Hemos todos sabemos y hemos comprobado en nuestro día a día en cuanto a la comunicación es un trascurso complejo y difícil; que tanto el lenguaje como la codificación y decodificación del mensaje dificultan su transmisión con veracidad. Por tanto, teóricamente, son muchas las posibilidades de que la comunicación sea defectuosa, y en la práctica, la vida cotidiana evidencia constantemente los problemas de comunicación que surgen incluso en las cuestiones más triviales. Vamos a intentar analizar las barreras que dificultan la comunicación, y que pueden proporcionarnos ayuda a conocer mejor todo el trascurso de la comunicación para, así, perfeccionarlo.

Muros a la comunicación debidas al emisor.

Alteraciones-Interferencias.

- Innovación. Todo lo que es específicamente nuevo en el mensaje, se convierte en alteración cuando damos por supuestos unos conocimientos que en realidad no tiene el receptor.
- Ruido. Todos los elementos no deseados, que el emisor no ha utilizado intencionadamente. No nos referimos a ruidos físicos, estruendos, sino a cualquier gesto, mueca, mal uso del lenguaje que pueda interferir en la auténtica comprensión de este.
- Redundancia. Todas aquellas partes del mensaje que estrictamente no contribuyen, son banales, para la transmisión del mismo.
- Contexto. Es origen de alteraciones en la medida que el mensaje no tiene en cuenta las relaciones que puede llegar a establecer el emisor entre lo que oyó, leyó o vio, y su necesidad de encajarlo en un conjunto de referencias que el emisor desconoce.

2 Objetivos

Observar las barreras en cuanto a la comunicación en las actitudes de las que puede disponer el emisor del mensaje, en este caso el celador para que no haya obstáculos a la hora de expresar el mensaje, así como la falta o deficiencia de retroalimentación o feedback o la falta o deficiencia de empatía.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Los problemas en la comunicación del celador normalmente se deben a la actitud tomada y a una serie de factores que vamos a explicar a continuación:

La actitud tiene tres facetas:

- Actitud hacia sí mismo, que, favorable o desfavorablemente, influye en la codificación, transmisión del mensaje y en su percepción por parte del receptor.

- Actitud hacia la cuestión, que influirá en el contenido de la comunicación. Si no se cree en el valor de la cuestión, será difícil transmitirlo con eficacia.
- Actitud hacia el receptor, que producirá en este a su vez una actitud defensiva o de apoyo. El comportamiento defensivo se produce cuando una persona oye, siente o espera una amenaza por parte de otra. Lo que se presiente amenazado es, generalmente, la autoimagen.

Falta o deficiencia de retroalimentación o feed-back. Esta deficiencia es sin lugar a duda la mayor barrera a la comunicación por parte del emisor. Su debida utilización, por tanto, será el modo por excelencia de mejorarla. A través del feed-back, el emisor está en condiciones de detectar y superar las barreras a la comunicación. El feed-back es, además, un medio de verificar las hipótesis hechas por el receptor en la interpretación del mensaje. El feed-back no debe limitarse, para que sea efectivo, a indicar que el mensaje ha sido recibido, sino que ha de contener alguna referencia que informe al emisor de que su mensaje ha sido interpretado (decodificado) correctamente.

Falta o deficiencia de empatía.

Por empatía entendemos la aptitud para situarse en el lugar del otro, al objeto de comprender mejor sus reacciones o lo que uno está diciendo o haciendo.

Según Egan este término implica la capacidad de:

- Discernir: Meterse dentro de otro, mirar al mundo a través de la referencia de la otra persona y sentirlo cómo es para él.
- Comunicar al otro la comprensión de su problema o situación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y en nuestra opinión hemos comprobado que los estudios en la materia han demostrado que a medida que la actitud defensiva va en aumento, la efectividad de la comunicación tiende a una disminución. El individuo que actúa de una manera defensiva como puede ser un paciente, ya que por sus circunstancias, aunque preste alguna o poca atención a lo que se le está diciendo, gasta una apreciable e innecesaria cantidad de energía en defenderse, ya que así cree que tendrá una solución más rápida a sus problemática de salud. La empatía, pues, se supone que el hombre es capaz de comprender el comportamiento de los demás, pero queda demostrado que en muchas ocasiones no sucede así. La comunicación de los profesionales de la salud con el paciente y familia debe realizarse observando sus conductas y actitudes para comprenderles.

6 Bibliografía

1. Naranjo Bermúdez, Isabel Cristina, & Ricaurte García, Gloria Patricia. (2006). La comunicación con los pacientes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (1), 94-98. Recuperado el 05 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000100010&lng=en&tlng=es.
2. <https://www.scribd.com/document/87833522/BARRERAs-orador>.
3. <https://brainly.lat/tarea/34684392>.
4. Castañeda Hernández María del Carmen. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *Rev. cuba. inf. cienc. salud* [Internet]. 2013 Sep [citado 2022 Jun 05]; 24(3): 343- 353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000300010&lng=es.

Capítulo 435

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

1 Introducción

El área de anatomía patológica es la ciencia que examina sobre las bases morfológicas de las diferentes enfermedades. El área de anatomía patológica lleva el mismo tiempo activa que la medicina, ya que en anatomía patológica lo que se realiza es estudio directo sobre el órgano enfermo. Xavier Bichat fue la persona que creo la Anatomía Patológica como ciencia, murió muy joven con la edad de 32 años, se sospecha que fue debido a una infección que hubiera obtenido al realizar una autopsia de una necrosis a un cadáver. Podemos decir que la anatomía patológica y la ciencia crecieron a la par en cuanto a investigación hablamos y hacia los siglos 16 y 17, se asentaron hasta hoy en día, que es lo que conocemos. Hacia el año 1958 se creó la sociedad española de anatomía patológica, sobre la década más o menos de los 60 se establece la especialidad en los distintos centros hospitalarios de la seguridad social. La formación sobre la anatomía patológica ha avanzado con el paso de los tiempos y han ido incorporado distintas técnicas,

una de ellas es por ejemplo el microscopio. Pero uno de los más importantes es el de las técnicas moleculares, ya que gracias a él podemos realizar diferentes estudios para así saber un poco más sobre las diferentes patologías del cáncer.

2 Objetivos

El objetivo que queremos conseguir con este capítulo es acercarnos un poco más a los conocimientos sobre las diferentes tareas que realizan los celadores en este servicio de anatomía patológica en su día a día.

3 Metodología

En la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, donde hemos obtenido información sobre las tareas del celador en el área de anatomía patológica.

4 Resultados

En este capítulo vamos a ver las funciones que tienen que realizar en su día a día los celadores en la sección de anatomía patológica, las cuales son importantes y suponen una gran ayuda al personal de dicha área. Podemos describir las funciones de la siguiente manera:

Las funciones de los celadores se dividen en tres partes diferentes, pero a la vez muy importantes. La primera parte son las funciones antes de la autopsia. El celador deberá quitar el cadáver de la cámara frigorífica, luego se ejecutará el traslado del cadáver, siempre deben ir debidamente identificados con su nombre y apellidos, en un lugar que sea totalmente visible y además se encuentre en el cuerpo del fallecido. el celador del área de anatomía patológica tiene como una de las principales labores la de estructurar el cadáver en la mesa de autopsias. este será el encargado de desamortajarlo y posicionarlo en la correcta postura, una vez se encuentre encima de la mesa de autopsias.

La segunda fase importante son las labores que se van realizan durante la autopsia. El celador de esta área, tendrá una de las labores más importantes, prestará su ayudar a los profesionales titulados a la efectuación de todas aquellas prácticas que no implica en ningún momento la utilidad del instrumental sobre el

cadáver. Atenderá a la realización de los movimientos que le sean manifestados por el médico forense, en aquellas prácticas con los distintos instrumentos que no estén definidos para una persona fallecida, son indispensables para la realización de la autopsia. Los órganos del cadáver son pesados por el celador del área de anatomía patológica, el celador será el único responsable de registrar el peso y además de introducirlos en los diferentes cubos herméticos que le señale el médico forense. Al celador de esta área se le confiará el completar al cadáver con papel, una vez que se le haya practicado la autopsia y se le haya vaciado los órganos.

La tercera parte más importante de la autopsia.

El celador de esta área se cuidará de asear y restaurar el cadáver para que este quede bien y además también para que pueda llevar a cabo el amortajamiento, siempre y cuando se le haya realizado la autopsia deberá limpiar la sala, la mesa y el instrumental utilizado en la autopsia. Trasladarán las diferentes muestras que se hayan reunido en la autopsia y las transportarán al servicio de anatomía patológica. Tendrán la obligación de distribuir los diferentes resultados de las biopsias y las demás pruebas que se le hayan efectuado al cadáver por las distintas áreas del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos afirmar que las tareas y el rol del celador en el área de anatomía patológica son prácticamente o parecidas a las diferentes labores de auxiliar de enfermería, tal como hemos visto en el anterior apartado de resultados del presente capítulo ya que debe obedecer constantemente y en todo momento las instrucciones que le pueda dar el médico forense o sus diferentes superiores. El celador tiene que cumplir a la perfección la norma de no utilizar ninguno de los diferentes instrumentos sobre el cuerpo sin vida del enfermo. Y para concluir esta publicación cabe destacar que en esta área hay que tratar el cuerpo sin vida de enfermo con mucho respeto, educación y con la necesidad que en ese momento se necesita.

Las funciones vistas anteriormente son superimportantes en el área de anatomía patológica.

6 Bibliografía

1. Hospitales, H. M. (s/f). PGCatalogItemEspecialidad. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <https://www.hmhospitales.com/servicios-al-paciente/especialidades/especialidades/hemodinamica>.
2. Ortega, S. R. L. (s/f). Auxiliar de Enfermería - TCAE - Protocolos, Diccionario y Test Online. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <http://www.auxiliarenfermeria.com>.
3. (S/f). Eldiario.es. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de https://www.eldiario.es/castilla-la-mancha/celadores-profesion-riesgo-primeralinea-contacto-directo-pacientes_1_6228568.html

Capítulo 436

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

1 Introducción

El Alzheimer es la enfermedad que provoca demencia de manera más habitual en las personas de edad avanzada. Es un proceso en sus comienzos muy lento:

En un principio afecta a la parte del cerebro que controla el habla y la memoria además del pensamiento. Gradualmente las afectaciones provocadas por el Alzheimer empeoran y las personas pueden llegar a dejar de conocer a sus familiares más cercanos. Algunos síntomas son los siguientes:

- El principal problema es la pérdida de memoria a corto y a largo plazo.
- Cambios en la personalidad (depresión, apatía, ansiedad e irritabilidad).
- Problemas para orientarse y prestar atención.
- Descenso en el nivel de energía.

- Problemas para realizar AVD.
- Problemas con el lenguaje (habla y escritura).
- Deterioro capacidades motoras (caminar, subir y bajar escaleras...).

En las tareas donde no entren en juego los tratamientos farmacológicos es donde cobra principal importancia la labor del celador.

Las personas que sufren de Alzheimer habitualmente suelen tener problemas para ponerse y quitarse la ropa y termina siendo una actividad muy costosa para ellos. Por lo tanto, es altamente recomendable el uso de ropa que no tengan botones (el velcro es la mejor alternativa), usar pantalones con cinta ajustable para no utilizar cinturones. En resumen, utilizar ropa que se pueda quitar y poner de manera lo más sencilla posible y sin complicaciones.

En grados avanzados de la enfermedad, también se reduce altamente la capacidad de movimiento de los pacientes y ahí es donde cobra vital importancia la labor del celador.

2 Objetivos

- Explicar el protocolo de actuación de los celadores a este tipo de pacientes viendo las técnicas y asistencia de los celadores a estos pacientes.
- Demostrar la importancia del papel del celador en esta enfermedad.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados de donde hemos obtenido información acerca del Alzheimer y los cuidados del celador a este paciente.

4 Resultados

Se establece un protocolo de actuación especial para celadores, para el correcto manejo de pacientes que padecen esta patología; ya que precisan otro tipo de técnicas y asistencia adaptados a la correcta atención de esta enfermedad neurológica.

Abarca los siguientes aspectos:

1. Dar al enfermo un entorno basado en la rutina y la coherencia que ayude al correcto funcionamiento a pesar de sus limitaciones.
2. Intentar no corregir al paciente varias veces el mismo día, esto puede producirle una frustración, ya que posiblemente no recuerde las correcciones previas.
3. Es importante la valoración de indicios que puedan conllevar a una depresión e informar de los mismos para evitarla.
4. Es importante que los pacientes estén tranquilos y en un ambiente relajado, seguir unas pautas diarias puede ayudar a conseguirlo. Pueden ser útiles las fotos, leer libros, terapia musical y artística, ejercicios físicos, etc.
5. Etiquetar los utensilios de la estancia en la que esté el paciente le ayudarán a recordar para qué sirven los mismos.
6. Mediante un calendario y un reloj, aspando los días anteriores al actual, le servirán para saber la fecha correcta.
7. El trato amistoso y cordial es fundamental. El tono de voz es muy importante también, ha de ser claro y en un volumen bajo.
8. Hay que mirar directamente al paciente al hablar y presentarse cada vez que entramos en la habitación.
9. Se le dará importancia al lenguaje corporal, expresiones faciales estos y demás aspectos de la conducta no verbal.
10. Las instrucciones para realizar actividades han de ser concisas y que no sean muy densas. Hay que fragmentar las tareas grandes en pequeños hitos que faciliten su comprensión.
11. El paciente tiene que sentirse siempre parte de la conversación.
12. Viajar al pasado con el paciente, fomentar el recuerdo de acontecimientos pasados para ayudarle a recordar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y a modo de todo lo visto anteriormente en el presente capítulo, la realización de este protocolo disminuiría el malestar de este tipo de pacientes cuyo primer contacto suele ser con los celadores. Adicionalmente la estancia de estos pacientes suele ser más prolongada de lo habitual y esto les ayudará a que sea lo más relajada, ayudando así también su tranquilidad. Esto ayudaría también a tener una comunicación más eficiente con el paciente, ya sea verbal o no. Nos ayudaría a entender sus necesidades según en los diferentes grados que tiene esta enfermedad y podremos controlar los factores de riesgo que pueda haber en el ambiente.

6 Bibliografía

1. LM Pina, S García , MJ García, CR Illán, MC Álvarez y M Martínez: Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica.
2. C Nieto Morales, L Nieto Cabrera y MM Jiménez Peñas: Reflexiones sobre los efectos del trabajo con personas mayores en el personal sanitario.

Capítulo 437

LAS FUNCIONES DE LOS MÉCANICOS Y ELECTRICISTAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS (CATEGORÍA GESTIÓN Y SERVICIO, EQUIPO DE MANTENIMIENTO)

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

1 Introducción

Los edificios sanitarios y hospitalarios son bienes que tienen un efecto directo sobre los pacientes, usuarios y trabajadores del mismo, tienen una gran inversión económica y por ello es necesario un mantenimiento habitual. Por ello, es muy importante la existencia de un programa funcional específico para el mantenimiento preventivo, adecuadamente gestionado y planificado.

Un plan protocolizado de mantenimiento debe incluir el procedimiento de inspección y de mantenimiento tanto correctivo como de prevención. La inspección es

la vigilancia y control de funcionamiento para asegurarse de que los elementos, aparatos, maquinaria... del edificio hospitalario funcionen de forma correcta y segura tanto para el personal como para los pacientes. El mantenimiento preventivo es realizado con la finalidad de prolongar la vida útil de los equipos, estructuras y elementos del hospital y así reducir la frecuencia de los posibles desperfectos y anomalías. El mantenimiento correctivo es la reparación del elemento averiado para poder ponerlo nuevamente en funcionamiento.

Un programa eficaz de mantenimiento de los elementos e instalaciones sanitarias exige la planificación, gestión y ejecución correcta y adecuada. En la planificación se tienen que tener en cuenta los recursos económicos, materiales y de personal necesarios para realizar los mantenimientos, tanto el preventivo como el corrector.

Los componentes mecánicos y de electricidad pueden fallar en cualquier momento, por lo que se ha de resaltar la figura de los mecánicos y electricistas que trabajan en el servicio de mantenimiento del edificio sanitario.

2 Objetivos

- Enumerar las principales funciones de los mecánicos y electricistas dentro de la categoría gestión y servicios.
- Explicar la importancia del mantenimiento de todos los elementos de los que dispone un hospital, así como del mismo edificio.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una búsqueda de información en las principales bases de datos de código abierto como Scielo, Google académico y otras redes abiertas de internet, utilizando palabras clave como mantenimiento y funciones de mecánicos y electricistas.

4 Resultados

Debido a la complejidad de los centros sanitarios respecto al mantenimiento de los mismos, se debe establecer el número de personas necesarias en el equipo de mantenimiento, dividiendo estos según su cualificación. La división suele ser en dos grandes grupos:

Personal de gestión:

Su principal objetivo es dirigir el programa de mantenimiento, deberán establecer prioridades, presupuestos y encargarse de la administración y coordinación del equipo de mantenimiento, debiendo estar familiarizados con las funciones del departamento. y familiarizado en las tareas del Departamento.

Personal de servicios:

Se suele clasificar en tres grupos, con el fin de asignar las tareas adecuadas;

- Personal de sección mecánica, son los encargados de las maquinarias, calderas, compresores y todos los aparatos netamente mecánicos.
- Personal de sección de electricidad, tienen a su cargo tanto el mantenimiento como la reparación de las instalaciones de electricidad hospitalarias, así como de los equipos que tengan grandes y pequeños motores y los dispositivos de medias y altas potencias.
- Personal de sección de electrónica, se encargan de los dispositivos médicos especializados, en especial de aquellos que realizan procesos automáticos, requieran programación por microcontroladores, utilicen tarjetas electrónicas...

El personal electricista y mecánico, deberá conocer las características técnicas de los equipos y aparatos a reparar, pudiendo acceder a los manuales de mantenimiento de los mismos, en los cuales suele reflejarse el plan de mantenimiento preventivo, tipos de dispositivo, recomendaciones de limpieza y herramientas necesarias

El personal de mantenimiento deberá rellenar un parte de trabajo con los datos de la tarea realizada, constando una descripción y debidamente firmada, los partes deberá entregarlos a su superior para que queden debidamente registrados. Los operarios de electricidad y mecánica deberán poder disponer de un equipo básico de herramientas para poder realizar las tareas de mantenimiento, que será renovado periódicamente, entre estas están destornilladores, llaves, metros, taladros...

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto el personal de mantenimiento de un centro hospitalario es esencial para el correcto funcionamiento del mismo, siempre se deberá evaluar la movilidad de los equipos que necesitan reparación y mantenimiento, teniendo cuidado para que no afecte a ningún paciente o usuario por cuestiones de riesgos eléctricos. Si se puede, lo conveniente es realizar las tareas de mantenimiento en una zona neutral sin usuarios para minimizar riesgos. Si la reparación se tuviera que realizar en un espacio contaminante, se deberá proporcionar a los trabajadores de los adecuados materiales tanto para protegerse como para proteger, como batas, gorros, guantes, gafas protectoras y el correspondiente equipo de

protección individual.

6 Bibliografía

1. Funciones Mecanicos [Internet]. Scribd. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/375240444/Funciones-mecanicos>
2. Manual de seguridad y salud para operaciones en talleres mecánicos y de motores térmicos [Internet]. Upv.es. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sprl.upv.es/msmecanico1.htm>
3. Gob.es. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf

Capítulo 438

LAS HERRAMIENTAS DE SOLDADURA MÁS UTILIZADAS POR MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS EN EL HOSPITAL (PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO)

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

1 Introducción

El personal del equipo de mantenimiento entre los que se encuentran los profesionales mecánicos y electricistas en su trabajo habitual dentro del centro hospitalario, utilizan frecuentemente la técnica del soldado en la reparación de camas, camillas, estructuras metálicas, tuberías, etc., ya que son los encargados del mantenimiento y reparación de los diferentes aparatos, utensilios, tuberías y demás enseres sitos en el edificio hospitalario. La técnica de la soldadura es específica con diversas características que ha de conocer y poner en práctico en su trabajo

diario. La técnica de soldado es muy habitual ya que suele utilizarse en una amplia variedad disciplinas y campo como puede ser la industria metalúrgica, el campo automotriz y la plomería (reparar y unión de tubos y tuberías). El soldado es una opción económica, sencilla y práctica en la reparación.

La soldadura es el proceso en el cual dos o más piezas normalmente de metal y de características similares se unen por la aplicación de calor, presión, o la combinación de los dos, con la aportación de un metal de unión o sin ella. El calor para la unión puede ser aportado mediante llama (producida por la combustión de la mezcla de gas combustible con oxígeno y aire) o mediante arco eléctrico entre el electrodo y la pieza a soldar por medio de electricidad.

Para usar la técnica de soldado tanto por personal mecánico y electricista, es necesario tener unas herramientas específicas, tanto para la protección del trabajador y su entorno como para llevar adecuadamente el proceso de soldado.

En ambos casos, la soldadura se ha convertido en una excelente opción para garantizar el funcionamiento correcto de todo un sistema de tuberías tanto domésticas como industriales. técnicas especiales como es la soldadura. La soldadura tiene numerosas características, procesos de realización y tipos de soldadura, por lo que estos profesionales deberán conocer sus usos en profundidad para poder llevar a cabo de forma adecuada su trabajo.

2 Objetivos

- Explicar la labor del personal mecánico y electricista en la técnica de soldado.
- Enumerar las distintas herramientas necesarias para el correcto soldado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Las palabras clave usadas han sido; prevención y herramientas para el soldado.

4 Resultados

Para llevar a cabo cualquier tipo de soldadura son necesarias diversas herramientas, tanto para la aplicación de la soldadura como para prevenir posibles riesgos tanto para el trabajador como para su entorno y así realizar las soldaduras de forma correcta y segura. Las herramientas más importantes a considerar son, entre otras:

☒ Mesas de Soldadura, cuando el trabajo de soldadura no sea in situ, se necesita una mesa de soldadura en la cual apoyaremos y sujetaremos las piezas a soldar. Hay diferentes tipos de mesas en el mercado; lisas, cribadas, inclinables, basculantes, con ranuras para la colocación de tuercas, tornillos... Lo más importante es que la superficie donde se va a trabajar sea de metal, en la que se pueda poner al mínimo una morsa y que disponga de un área libre donde podamos instalar la pinza de masa del equipo de soldadura.

☒ Sopletes, es una herramienta fundamental en la soldadura de tuberías y tubos (plomaría) y en electricidad, funciona emitiendo una llama constante.

☒ Decapante, o pasta de soldar, es una sustancia compuesta de varios productos químicos que ayudan a unir los materiales pero sin derretirlos.

☒ Cortatubos, ayuda a cortar elementos a soldar de manera precisa y recta.

☒ Alambre de soldadura o varillas de aporte, son varillas de metal metálicas esenciales para lograr la soldadura.

☒ Lima, permite ajustar las medidas en forma manual, quitar rebabas y matear cantos.

☒ Herramientas de trazado, posicionamiento y medición, como el compás, calibre, escuadras...

☒ Paños de limpieza y cepillo de cobre, sirven para dejar la superficie a soldar limpia.

☒ Guantes, son imprescindibles, pues protegen al soldador, deben tener material aislante térmico.

☒ Máscaras de soldadura, hay varios modelos, su función es proteger los ojos y toda la zona de la cara.

☒ Filtro de gases, si la técnica de soldado genera gases o vapores se usa para evitar el riesgo de contraer enfermedades.

☒ Delantales, protege la zona delantera de salpicaduras y quemaduras.

5 Discusión-Conclusión

Cómo hemos visto, dependiendo de la clase de soldadura que haya que realizar, se elegirá un tipo de soldadura u otro hay que tener en cuenta el tipo de material a soldar ni la ubicación. Toda soldadura ha de realizarse con el equipo y las herramientas adecuadas para un buen acabado. Hay multitud de herramientas para realizar soldaduras dependiendo de si son eléctricas, de gas, metal, etc.

Tanto el profesional mecánico como el personal electricista deben conocer los tipos de soldadura, así como las herramientas a utilizar, es muy importante que utilicen los equipos de protección individual como guantes, máscaras antiguas, delantales, gafas de protección ocular y caretas, además de controlar la soldadura para que no se produzcan incidentes que pongan en riesgo la salud.

6 Bibliografía

1. ¿Cuáles son los accesorios para un soldador? [Internet]. De Máquinas y Herramientas. 2017 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.demaquinasyherramientas.com/soldadura/accesorios-soldador>.
2. Salazar S. El oficio de soldador y sus herramientas actuales - Sebastián Salazar [Internet]. Sebastián Salazar. Sebastián Salazar S.L.; 2018 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://sebastiansalazar.com/el-oficio-de-soldador-y-sus-herramientas-actuales/>.
3. Herramientas necesarias para soldar ¡Toma nota! [Internet]. Euroweld. 2019 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://euroweld.es/herramientas-que-necesitas-para-soldar/>.

Capítulo 439

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

1 Introducción

Podemos definir animalario como la instalación donde se albergan los animales destinados a experimentos o estudios de laboratorio.

El acceso al animalario debe estar vigilado y restringido a las personas autorizadas que cuentan con la debida formación y acreditación. Los motivos de estas restricciones son por un lado por los animales, pues no deben exponerse a posibles infecciones del exterior que podrían modificar los resultados de las investigaciones, y por otro lado la presencia de personas nuevas puede ser estresante para los animales. Por otro lado, podría también ser un riesgo para el exterior si se produjera la fuga de alguna sustancia o microorganismo peligroso.

En los animalarios suele haber varias zonas diferenciadas:

- Área administrativa.

- Área de lavado.

- Almacén de materiales.

-Animalario propiamente dicho, normalmente con vestuarios tanto de entrada como de salida.

En los animalarios los factores ambientales como temperatura, luz y humedad deben estar muy controlados, pues pueden afectar a los resultados de las investigaciones o experimentos falseando los resultados.

El celador realiza numerosas tareas dentro del animalario, relacionadas tanto con el cuidado de los animales, como la limpieza de jaulas, alimentación de las diferentes especies etc. En el presente capítulo vamos a desarrollar dichas funciones y su importancia para el correcto funcionamiento de dicho servicio.

2 Objetivos

-Describir las características de un animalario y sus funciones y aportación al avance científico.

-Desarrollar las funciones que realiza el celador en el animalario.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en internet consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como Elsevier, o el motor de búsqueda Pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “animalario” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

Posteriormente se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo.

Por último, se ha extraído la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

Para la consecución de avances científicos la investigación es un pilar fundamental. En este sentido la investigación animal es vital para poder conocer los

mecanismos biológicos que intervienen en las enfermedades y en el desarrollo de tratamientos médicos. Debido a la experimentación con animales contamos con antibióticos, vacunas, medicinas, técnicas quirúrgicas que se aplican tanto en la medicina humana como veterinaria. Debido a los estudios realizados con animales se ha podido mejorar la vida de las personas en multitud de ámbitos como la oncología, enfermedades cardiovasculares, del sistema inmunitario etc. El animalario suele ubicarse en el sótano del edificio, y está dotado con los elementos necesarios para alojar a los animales, y también zonas para la realización de algunos procedimientos o experimentos. En el animalario deben cuidarse muchos los factores ambientales, así como la limpieza. Por ello las paredes, suelos y techos son de materiales que facilitan la limpieza, no porosos, y las esquinas y ángulos redondeados para evitar que se acumule suciedad.

El animalario suele estar dividido en diferentes salas o habitaciones donde se alojan las diferentes especies. Las más comunes son los ratones y ratas, pero puede haber otras como perros, ranas, ovejas, cerdos etc. Los animales estarán separados por especies en zonas distintas.

Las funciones que realiza el celador en el animalario son las siguientes:

- Se encargará del cuidado de los animales.
- Alimentación de los animales.
- Distribución de las distintas especies.
- Limpieza de las jaulas y de los propios animales.
- Retirá los cadáveres de los animales muertos.
- Traslado de los animales de unas dependencias a otras.
- Colaborará en los experimentos cuando sea necesario.
- Evitará la procreación cuando no sea necesaria.
- Recuperará cualquier animal que escape de las jaulas.

Como hemos visto el celador realiza numerosas funciones todas ellas muy importantes para el correcto mantenimiento de los animales ubicados en el animalario, pero en ningún caso ejercerá funciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto en el presente capítulo el celador es de vital importancia en el animalario, realizando multitud de funciones y siendo indispensable para el buen funcionamiento de los equipos multidisciplinarios.

En su trato con los animales de experimentación deberá ser respetuoso y evitar causarles sufrimiento o dolor innecesario, cuidando en todo momento sus cuidados y alimentación, así como la correcta higiene de los habitáculos.

Auxiliará en todo momento al personal sanitaria en todo aquello que le sea encomendado.

Por último debemos reseñar que todo animalario deberá cumplir con las normas bioéticas y legales que sean de aplicación a esta actividad.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, por el que se establecen las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia
2. <https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/>

Capítulo 440

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

1 Introducción

Los cuidados intensivos (UCI) es una sección donde se realizan los tratamientos específicos para la atención de los pacientes con una situación grave o que necesiten un seguimiento continuado de su estado.

Los celadores en este caso son los que ayudan a los enfermeros y auxiliares de enfermería a limpiar, trasladar o movilizar a aquellas personas que estén en cuidados intensivos (UCI), su trabajo es vital para proporcionar el apoyo tanto a los pacientes como a sus familias.

La UCI debe actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de introducir nuevas medidas que puedan ser

útiles para la mejora continua de la seguridad de los pacientes atendidos en la unidad.

Debido a la gravedad de los pacientes ingresados en esta unidad el celador debe conocer en profundidad las posiciones anatómicas y las técnicas de movilización de pacientes, para no poner en peligro el estado de salud de los enfermos.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en este servicio y las cualidades que debe reunir para realizar su trabajo de manera eficiente y eficaz.

2 Objetivos

- Listar las funciones que realiza el celador en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Destacar la importancia del celador en dicha unidad.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos es una planta de hospitalización donde son tratados los pacientes en estado más crítico, aquí están monitorizados durante las 24 horas del día, y el celador destinado a este servicio debe conocer en profundidad las técnicas de movilización, pues se trata de pacientes especialmente sensibles.

Las funciones del celador en ámbitos como en la UCI pueden ser las siguientes:

- Cuidarán con empatía a los enfermos y sus pertenencias personales.
- Vigilarán las entradas a la UCI, permitiendo la entrada de familiares autorizados en las horas de visita establecidas por el hospital.
- Serán los encargados de mantener el orden y la limpieza en la UCI para garantizar la seguridad de posibles infecciones.
- Trasladarán a los enfermos, para la realización de pruebas diagnósticas.

- Ayudarán a las enfermeras y a las TCAE de la UCI al movimiento del enfermo.
- Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de enfermería a amortajar a los enfermos fallecidos, trasladando posteriormente el cadáver al mortuario.
- El celador no podrá hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.

Habrán diferentes traslados desde las distintas partes del hospital o centro de salud hasta la UCI.

El celador deberá trasladar a los enfermos de habitación, estos cambios se podrán hacer:

- Desde el quirófano en donde la responsabilidad será compartida entre los profesionales de ambos grupos, el celador deberá acudir al quirófano en donde cambiará al paciente acompañado de varios enfermeros hasta la zona de cuidados intensivos.
- Traslado desde la UCI a un área de asistencia no crítica en donde cambiaría las necesidades del paciente y la responsabilidad recae sobre los profesionales de la UCI.
- Traslado desde la UCI a sala convencional o a la unidad de cuidados intermedios, esta sala está asociada a la mejoría de los pacientes y en los que necesitan menos cuidados y necesidades por parte de los enfermeros.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, los celadores estarían en contacto con aquellos pacientes graves ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que tienen patologías que pueden afectar a las funciones vitales, y en donde tendrán que ir con mayor rapidez y precaución que en otras plantas de hospitalización. Realizarán traslados de pacientes a otras partes del hospital, para la realización de pruebas, siempre acompañado por un enfermero o auxiliar de enfermería que vigilará en todo momento la correcta colocación de vías, bombas de perfusión, etc. y tendrán la responsabilidad del paciente.

Por todo lo anteriormente descrito el trabajo del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos es sumamente delicado y deberá seguir en todo momento las indica-

ciones del personal sanitario, y conocer en profundidad los protocolos de trabajo del servicio.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-unidad-de-cuidados-intensivos/#Introduccion>
2. El celador ante el paciente crítico: Unidad de Cuidados Intensivos y COVID-19 - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 6, 2022, from <https://revistamedica.com/celador-paciente-critico-unidad-cuidados-intensivos-covid-19/>

Capítulo 441

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVO: FUNCIONES Y COMPETENCIAS

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

1 Introducción

Una función importante que tienen los celadores es, por ejemplo: el traslado de documentos y objetos, además de trasladar a los pacientes con diferentes patologías por las diferentes unidades del hospital.

El traslado de documentos y objetos debe realizarse sin tardanza, y pueden ser comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos, o equipos médicos para la utilización en los servicios del hospital.

El celador no tendrá acceso a documentos de diversa índole, como las Historias Clínicas que no deberán entregar a personas no autorizadas y evitarán su pérdida accidental. Entre los documentos que trasladan ordinariamente los celadores nos encontramos: hojas de interconsultas, petición de exploración en otros centros,

pedidos de almacén, partes de mantenimiento, historias clínicas, peticiones y resultados de analíticas, pruebas diagnósticas, peticiones de ambulancia, partes del quirófano, órdenes de ingreso etc.

El celador no tendrá acceso a la documentación solo será el vehículo de transporte, será discreto y no leerá el contenido del texto, y si es por comunicación verbal no divulgará el contenido de las comunicaciones verbales. No obstante, los celadores han de transmitir a sus compañeros, superiores, subordinados o público los mensajes o información que les indiquen sus superiores.

En el capítulo siguiente vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de archivo.

2 Objetivos

- Describir la unidad de archivo en ámbito hospitalario.
- Desarrollar las funciones y competencias del celador en el servicio de archivo.

3 Metodología

El presente trabajo se ha desarrollado teniendo en cuenta información recabada a través de internet, revistas científicas, artículos basados en el tema que nos ocupa como es en este caso las funciones del celador en el servicio de archivo en el ámbito hospitalario.

4 Resultados

Debido a la gran cantidad de documentación sanitaria que se genera en los procesos asistenciales, se hace necesario estructurar un servicio dentro de las instituciones sanitarias que se ocupe de guardar, conservar y custodiar toda la documentación relativa a datos clínicos de los pacientes. Esta unidad es el archivo, que pertenece funcionalmente al Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

La historia clínica es el documento básico en la asistencia sanitaria, y es el conjunto de información referente a los procesos asistenciales del paciente, su finalidad es ofrecer una atención sanitaria de calidad, integrando todos los datos médicos en la medida de lo posible en un único documento. Aparte de su función asistencial, cumple otras funciones como docencia, investigación, control de calidad de asistencia, o planificación sanitaria.

Existen varias clasificaciones de los archivos en el ámbito hospitalario.

Atendiendo al lugar donde se almacenen las historias clínicas distinguimos entre:

- Archivo Centralizado
- Archivo Descentralizado
- Archivo Mixto

Atendiendo al grado o frecuencia de utilización tenemos:

- Archivos activos o de gestión.
- Semiactivos.
- Inactivos.

Las funciones que desarrolla el celador en el servicio de archivo son las siguientes:

- Trasladará las historias clínicas desde el archivo a las unidades de hospitalización.
- Llevará a las consultas externas las historias clínicas que sean solicitados por los facultativos mediante petición inmediata.
- En el turno de mañana repartirá por las diferentes consultas las historias clínicas de los pacientes citados al día siguiente.
- En el turno de tarde, recogerá las historias clínicas de todas las consultas externas, y las devolverá a archivo para su recuperación y posterior colocación por los auxiliares administrativos.
- Recogerá de las diferentes unidades los documentos que tengan que ser escaneados y adjuntados a la historia clínica del paciente, por ejemplo, electrocardiogramas, consentimientos informados, hojas de aislamiento etc.

Como podemos observar el celador realiza multitud de funciones en el servicio de archivo, al tratarse de documentación sanitaria deberá ser especialmente cuidadoso en el traslado de dichos documentos.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores tienen una importante función que deben transportar cartas y documentos además de aparatos y objetos de uso común en las Instituciones Sanitarias distribuidas en las distintas zonas de hospital. Tienen responsabilidad en los objetos y documentos que no deben perderse por el celador correspondiente y tampoco darle información a personal no cualificado en las comunicaciones verbales, por lo que es un trabajo en el que hay que tener mucha precaución con toda la información.

Al tratarse de datos sanitarios, estos están especialmente protegidos y deben cumplir con la Ley de Protección de Datos, siendo en todo momento muy cautelosos y cuidadosos en el traslado de toda la documentación del servicio de archivo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/documentacion-archivo-centro-sanitario/>
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-32-el-traslado-de-documentos-y.html>
3. <https://www.ibsalut.es/asme/ca/17-hospital/cartera-de-servicios/20-admision-y-documentacion-clinica.html>

Capítulo 442

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

1 Introducción

El auxiliar administrativo es un componente crucial e imprescindible de los servicios médicos que controlan el ingreso y la documentación clínica dentro del servicio de las consultas externas.

El auxiliar administrativo es el que se encarga de programar el acceso a la atención médica en hospitales y otras instalaciones especializadas en la región que nos ocupa de los pacientes y usuarios que acuden a él. Adicionalmente, cubre la atención de pacientes en hospitales de día, consultas externas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos que requieran una planificación previa.

Entonces, aunque el trabajo del auxiliar administrativo puede verse como relativamente sencillo, no debemos asumir que es innecesario. Las funciones de un auxiliar administrativo son cruciales porque tienen un impacto directo e indirecto en la organización interna del centro.

Hay muchas tareas administrativas diferentes que deben completarse correctamente para evitar problemas futuros. Para que las tareas que son de su competencia se realicen correctamente, un auxiliar administrativo debe estar bien organizado en su trabajo.

Además, podemos identificar tareas adicionales que el auxiliar administrativo desempeña y realiza regularmente dentro del servicio de las consultas externas, como escribir documentos, brindar apoyo administrativo, procesar archivos, procesar datos informáticos, contestar llamadas, organizar archivos y brindar apoyo material. o procedimientos matemáticos que no requieren cuentas extremadamente grandes o complicadas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir qué funciones desempeña el auxiliar administrativo en la atención sanitaria de las consultas externas.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, atención sanitaria, centro de salud, gestión, administración.

4 Resultados

La gestión de citas a través de la programación en agendas digitales, de forma que se puedan realizar cálculos en tiempo real a partir de los datos de demanda disponibles, se descubre como una de las funciones fundamentales del auxiliar administrativo en la administración sanitaria. La agenda que el administrador debe supervisar y poder utilizar se organiza de la siguiente manera debido a esto ya la complejidad de este proceso.

- El calendario y el calendario de la agenda.
- La agenda incluye un médico.
- Ubicación geográfica del local.
- Tipos de prestación y los tipos correspondientes a cada prestación.
- Una lista de clientes con acceso a la programación.

Su actualización periódica es fundamental, reestructurando dinámicamente toda la agenda de citas y actividades programadas en función de la nueva información entrante (nuevas solicitudes, cancelaciones de citas).

Por otro lado, este profesional también debe controlar estrictamente las solicitudes de asistencia médica en los horarios de las citas. En consecuencia, debe examinar la demanda y determinar si es adecuada dados los servicios que presta el centro o, en su caso, el SNS. Todos estos datos deben ser ingresados con precisión, indicando siempre los campos:

- Información que identifica a un paciente.
- Especialidad solicitada.
- El tipo de asistencia solicitada.
- Importancia clínica.
- La fuente de financiación.
- Cuándo se procesó la solicitud.

Se asignará día y hora el primer día y hora disponible en el calendario siguiente a esta inscripción, luego de evaluada y aprobada la solicitud. Luego se le entregará al paciente un documento con los detalles de la cita (día, hora, año y lugar). La misma cita puede ser transferida a niveles superiores si es necesario y está integrada al registro central de salud del centro.

En un centro de salud, el auxiliar administrativo también realiza las siguientes funciones adicionales que son igualmente cruciales:

- Difusión de la actividad programada: A los servicios se les envía la programación diaria de los pacientes programados y el tipo de servicio. Se informa a la dirección y a los responsables de los servicios el número de pacientes en espera de atención ambulatoria, así como los retrasos que se están produciendo actualmente por motivos de horario y disponibilidad.
- Registro de actividad: Se registran los datos de la actividad de cada unidad de atención, así como la ubicación final de los pacientes que recibieron tratamiento.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial: Los diferentes niveles asistenciales del área y otros centros de referencia colaboran para desarrollar y potenciar los procedimientos de cita.
- Se explica a los pacientes y sus familias todos los aspectos administrativos de la atención de la salud, incluyendo el funcionamiento de los servicios, procesos y circuitos de acceso.
- Mediante la coordinación de actividades con otros departamentos del hospital, se da el apoyo operativo necesario a las unidades asistenciales.
- Los problemas con el acceso de los pacientes a la atención ambulatoria se identifican y se les da la máxima prioridad, fomentando tácticas de mejora en colab-

oración con los servicios interesados.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo debe gestionar las consultas externas, priorizar la programación de los procedimientos diagnósticos-terapéuticos necesarios y controlar y programar el acceso a la asistencia sanitaria.

Para garantizar que toda la documentación se archive de manera legal y segura, la capacitación de un asistente administrativo es crucial y extremadamente importante. El historial médico de un paciente, por ejemplo, solo se ingresará cuando sea profesionalmente necesario; en caso contrario, se hará constar y será motivo de sanción. Se cree que una mayor vigilancia en esta área es crucial porque el uso de registros médicos digitales ha llevado a un aumento en la negligencia de los trabajadores causada por el acceso no autorizado a la información privada de los pacientes.

6 Bibliografía

- Allende Cuadrado, M. J. (2013). Operaciones administrativas y documentación sanitaria. Editorial Paraninfo.
- Cotanda, F. L. (1998). Manual de administración y gestión sanitaria. Ediciones Díaz de Santos.

Capítulo 443

MANTENIMIENTO DE MÁQUINAS, POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

1 Introducción

El mantenimiento se puede definir como el conjunto de acciones que se destinan al reacondicionamiento y al mantenimiento preventivo de equipos, componentes, maquinaria y sistemas para que su funcionalidad sea la correcta.

Es por eso, por lo que dentro del equipo de mantenimiento de centros hospitalarios, es habitual que se usen los términos mantenibilidad y confiabilidad, estos términos no se refieren únicamente a que las máquinas, aparatajes y equipos operen de formas adecuadas, sino que lo que se busca es que también lo hagan con calidad y seguridad, cuidando del entorno y con un coste económico bajo, dentro de las posibilidades, con la finalidad y objetivo de la garantía, la confiabilidad,

disponibilidad y adecuado mantenimiento de los equipos, aparatos y sistemas, es necesaria la inversión de capital, para llegar a tener elementos de calidad y alto rendimiento.

Los motores eléctricos de los sistemas y maquinarias constituyen un notorio invento en el desarrollo tecnológico.

Son maquinarias de construcción simple, bajo coste y muy versátiles.

Para su correcto funcionamiento y durabilidad es muy importante tanto su instalación como mantenimiento, los profesionales electricistas y mecánicos de los centros hospitalarios deben tener los conocimientos y formación adecuada, ayudándose de las orientaciones técnicas de los manuales de instrucción de las diversas maquinarias.

2 Objetivos

Describir cómo se aplican los criterios de mantenibilidad, confiabilidad y disponibilidad de la diversa maquinaria existente en los centros hospitalarios, dependientes de la supervisión de electricistas y mecánicos.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de diferentes bases de datos, pertenecientes a estudios descriptores observacionales. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Toda maquinaria eléctrica ha de ser instalada en zonas de fácil acceso para su inspección y mantenimiento, si el ambiente del área fuera húmedo, corrosivo o contuviera partículas o sustancias fácilmente inflamables, es muy importante que se asegure el correcto grado de protección, toda instalación de motores donde haya vapores, gases o polvo combustibles o inflamables que puedan provocar un incendio, se deberá realizar siguiendo las normas europeas ABNT/IEC 7914, NBR 5418, VDE 0165, NEC - Art.500, UL-674.

Ningún motor deberá ser cubierto por cajas u otros elementos que puedan impedir o disminuir el sistema de ventilación y la libre circulación del aire durante

el funcionamiento del mismo, tampoco han de estar pegados a paredes, siempre es recomendable una distancia para evitar sobrecalentamientos y posibles incendios.

Cuando movemos un motor no debemos elevarlos por el eje, sino por el sistema de agarre que tiene, tanto al levantarlo como al depositarlo debemos evitar movimientos bruscos y choques, ya que los rodamientos se pueden dañar, en su mantenimiento periódico se deberá eliminar polvo, mirar los cojinetes y lubricarlos, ya que el peso del eje del rotor tiende a expulsar la grasa fuera del área del rodamiento quitando la protección de contacto metal con metal.

Como medida de prevención contra la formación de corrosión por un contacto en los rodamientos, los motores no se recomiendan que estén próximos a máquinas que produzcan muchas vibraciones para no perjudicar los ejes y equilibrado. Siempre se han de tener en cuenta las características de las diferentes maquinarias, entre las cuales están; la resistencia de aislamiento, el tamaño, tensión nominal construcción, etc. recomendando realizar registros periódicos de funcionalidad que serán de gran utilidad como referencias en la conclusión del estado de la máquina.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos detallado antes, el personal electricista y mecánico, ha de localizar y saber diagnosticar un fallo y/o avería realizando ajustes y pruebas de funcionamiento, debiendo conocer las distintas maquinarias, sistemas y aparatos que se encuentran en los edificios e instalaciones hospitalarias, teniendo en cuenta las herramientas y el material con el que se cuenta, así como si es más efectivo y económico el reemplazo de la pieza a la reparación de la misma. El personal electricista y mecánico, deberá controlar la correcta alimentación de la energía eléctrica, seleccionando los conductores adecuados, ya sean circuitos de alimentación, circuitos terminales, de distribución, etc. todo debe ser en base a las normas de electricidad existentes. importante que se observe la correcta alimentación de energía eléctrica.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Importancia del mantenimiento técnico hospitalario [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/mantenimiento-tecnico-hospitalario/>

2. Gob.es. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf
3. Mantenimiento a equipos médicos: Por qué y cómo hacerlo [Internet]. Promedco.com. Promedco; 2019 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.promedco.com/noticias/importancia-mantenimiento-de-equipos-medicos>

Capítulo 444

CONOCIMIENTO DE LOS FUSIBLES Y SUS AVERÍAS POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES AL EQUIPO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

1 Introducción

Un fusible es un elemento eléctrico usado en aparatos electrónicos e instalaciones eléctricas cuya finalidad es la evitar riesgos y averías derivadas de la sobrecarga de tensión.

Su funcionamiento es muy sencillo: los fusibles son una pequeña pieza que tiene un filamento o lámina conductora que permite pasar la electricidad del sistema eléctrico pero que poseen un punto de fusión menor con respecto al resto de componentes, por lo que si se produce una sobrecarga de tensión, el fusible se

funde, deteniendo el cuadro eléctrico y evitando que el resto de la maquinaria y aparatos se averíen.

Hay distintos tipos de fusible, dependiendo de lo necesario en cada tipo de sistema eléctrico, entre los más usados en instalaciones eléctricas y maquinaria electrónica se pueden mencionar los siguientes:

- Fusible cilíndrico: elaborado con cerámica, es muy resistente al calor, en su interior lleva un filamento metálico.
- Fusible de pastilla: parecido al cilíndrico pero su forma es aplanada.
- Fusible de cuchillas: llamados NH, pueden tener o tener percutor, son más fuertes y pesados.
- Fusible térmico o chicote: son los idóneos para evitar el sobrecalentamiento de los sistemas eléctricos.
- Fusible de vidrio: está formado por una cápsula de vidrio que lleva filamento en su interior, al ser vidrio se puede comprobar fácilmente si ha saltado o no.
- Fusible de plomo: es un modelo más antiguo y menos seguro ya que el plomo se funde cuando hay sobrecarga de tensión.
- Fusible de tapón enroscable: fácil de instalar en un circuito debido a su forma roscada.
- Fusible de cartucho: muy similar al cilíndrico y al de vidrio, lleva cápsula exterior y un filamento interno de cobre.

2 Objetivos

- Exponer en qué consisten los fusibles y sus diferentes clases.
- Exponer la importancia de electricistas y mecánicos en sus funciones de mantenimiento hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los fusibles se pueden fundir por varios motivos, como por ejemplo:

- Por sobrecarga, los fusibles en la línea de suministro están situados a la cabecera de la red, antes que los interruptores automáticos, para solucionar la avería se debe reemplazar por uno que tenga el mismo amperaje que el fundido, sin aumentar su calibre ya que se puede destruir la línea.

Hay veces que el fusible es de fácil acceso y otras en las que hay que retirar alguna chapa protectora, si vemos que está fundido lo reemplazamos por otro.

Si los fusibles se funden muy frecuentemente se deberá aumentar la sección de la línea y contratar mayor potencia, con esto evitamos que se fundan los fusibles y también que salte el limitador general y sólo salten algunos circuitos.

- Por cortocircuito, para saber si es por cortocircuito, deberemos reemplazar el fusible y si se funde al momento se puede hablar de cortocircuito, en cambio se funde pasadas unas horas es que persiste la sobrecarga, no por cortocircuito.

En el caso de cortocircuito se abriremos todos los interruptores y los volveremos a cerrar uno a uno, hasta localizar el sector en cortocircuito, una vez localizado se reestablecen las otras líneas y procederemos a reparar la zona dañada. Desconectaremos todos los receptores, abriendo los interruptores que puedan desconectarse, comprobaremos con un ohmímetro las puntas de la línea que deben dar una continuidad superior a los 200.000, si con el ohmímetro no localizamos el cortocircuito, cerraremos los interruptores y comprobaremos que todas las lámparas funcionan, cuando cerremos el interruptor del que deriva una línea con muchas derivaciones y aparece otra vez el corto, deberemos colocar una lámpara en serie con la cabeza de línea, si esta se apaga es que hemos localizado la avería.

5 Discusión-Conclusión

Los fusibles del contador de luz son unos elementos de seguridad fundamentales para proteger a las personas, edificios y máquinas y aparatos electrónicos. Los fusibles en los contadores de la luz se utilizan para evitar que una sobrecarga de tensión pueda dañar electrodomésticos, maquinarias e incluso provocar incendios, ya que cortan la corriente evitando que la sobrecarga cause daños.

Actualmente la mayoría de los edificios y viviendas cuentan con cuadros de luz provistos con un diferencial, que en lugar de romperse lo que hacen es cortar la corriente eléctrica, pudiendo volver a activarla cuando ha pasado la sobrecarga y así evitar así tener que reemplazar el fusible cada vez.

6 Bibliografía

1. EnergyGO B. ¿Qué es un fusible? [Internet]. Blog EnergyGO. 2022 [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://blog.energygo.es/glosario/definicion-fusible/>.
2. de la Casa S. ¿Qué es un fusible y para qué sirve? [Internet]. HomeServe. 2021 [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.homeserve.es/blog/2021/01/28/que-es-fusible>.
3. ¿Cómo funciona un Fusible? - Guía 100% Práctica [Internet]. Comofunciona.org. 2020 [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://comofunciona.org/fusible/>.

Capítulo 445

FUNCIONES DEL PERSONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

1 Introducción

La seguridad es un tema muy importante en todos los ámbitos, pero en grandes edificios como los hospitales, dónde hay gran volumen de personas que lo ocupan (pacientes, trabajadores, usuarios, visitantes...), cobra más relevancia.

La seguridad del paciente es una de las prioridades del sistema nacional de salud (SNS), gracias a las estrategias de seguridad creadas por diversas organizaciones. El Ministerio de Sanidad ha elaborado varias estrategias de seguridad, mejorando y adaptando la primera creada, la estrategia de 2005 sobre seguridad del paciente. La seguridad del paciente es prioritaria en todos los sistemas de atención sanitaria debido a los múltiples factores que pueden afectar a los pacientes. Se sigue investigando tanto a nivel nacional como internacional para mejorar los servicios y

atención llamados en línea, manteniendo el nivel de atención correcto para todos los usuarios del sistema de salud.

En un centro hospitalario, el personal de mantenimiento (electricistas, mecánicos, fontaneros, calefactores...) ajustan, instalan, revisan, y reparan todos los equipos y sistemas del edificio sanitario, velando para que no se produzcan averías que puedan acarrear riesgo para los usuarios y un coste añadido por el indebido funcionamiento de los elementos, el mantenimiento es primordial ya que un adecuado mantenimiento tanto correctivo como preventivo evita averías y problemas innecesarios.

2 Objetivos

- Explicar los tipos de mantenimientos de los que se encargan el equipo de mantenimiento (electricistas y mecánicos) en los centros sanitarios.

3 Metodología

Sobre la base de la investigación actual se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Artículo de la base de datos principal al que se hace referencia: Pubmed, Medline y Scielo, y Google Scholar seleccionan artículos científicos de revistas revisadas.

4 Resultados

Las funciones realizadas por el personal de mantenimiento se suelen realizar, si se puede, cuando no haya pacientes, el supervisor del área se pone en contacto con el jefe de mantenimiento exponiendo lo que necesita y posteriormente a través del sistema informático, en el caso del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha (SESCAM) con el programa GMAO (Sistema Informático de Partes de Mantenimiento) se pone en curso la reparación o revisión.

El personal de mantenimiento mecánico y electricista tiene entre sus funciones:

- Supervisar y reparar las tomas de conexión de los gases medicinales en los cabeceros de las de las camas de las habitaciones de pacientes (Oxígeno, Vacío y Aire Medicinal).
- Revisar y cambiar los aparatos si fuera necesario de aparatos como caudalímetros, vacuómetros, aspiración, mangueras de toma de gases y sus conexiones.

- Comprobación de los pulsadores de llamada del paciente que comunican con el personal sanitario del control sanitario de la planta.
- Comprobación y reemplazo, si así fuera necesario, las luces del baño, de la cabecera de la cama y del techo.
- Revisar las puertas automáticas y los pulsadores de las mismas.
- Comprobación del funcionamiento de los aparatos encendidos que hay en el interior de los quirófanos.
- Revisión de luces y luminarias en pasillos y en las zonas comunes.
- Revisión de las cámaras frigoríficas, de conservación y de congelación de la cocina.
- Revisión y comprobación del termostato de los equipos frigoríficos que se usan para la conservación de muestras, órganos, cadáveres... situadas en el laboratorio, banco de sangre, anatomía patológica, mortuorio, microbiología, etc.
- Comunicar a su superior inmediato si encontrara alguna anomalía, para su subsanación.

El personal de mantenimiento debe asegurar el correcto funcionamiento del centro hospitalario, para ello, realiza revisiones periódicas mediante una planilla de planificación, así como el mantenimiento preventivo, reemplazando piezas desgastadas, y que están deterioradas.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto el personal perteneciente e al equipo de mantenimiento hospitalario como electricistas y mecánicos, realizan múltiples funciones, se encargan del mantenimiento preventivo y correctivo de la distinta maquinaria y elementos del hospital, cuándo se les encargue una tarea, deberán rellenar una hoja e parte de trabajo, dónde indicarán lo realizado y cómo lo han hecho (por ejemplo si han tenido que reemplazar una pieza), dicho parte se lo entregarán a su jefe de sección y este lo entregará a administración para que quede debidamente archivado y registrado. El objetivo del equipo de mantenimiento es inspeccionar el edificio y sus elementos para poder resolver problemas y posibles averías antes de que se produzcan o agraven y así poder abordarlos de manera inmediato.

6 Bibliografía

1. Gob.es. [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf.

2. Zamora CM. Es común que en los edificios hospitalarios el mantenimiento se realice únicamente cuando los problemas empiezan a presentarse y muchas veces, el enfoque que se le da a este mantenimiento no es el más adecuado. Los centros hospitalarios, al ser considerados como un lugar de interés tanto para la pob [Internet]. LinkedIn.com. 1603323355000 [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/mantenimiento-de-infraestructura-hospitalaria-madue%C3%B1o-lion-9k>.
3. Mancuzo G. Principales Indicadores de Mantenimiento Hospitalario. Compar-Software; 2020.

Capítulo 446

EL PINCHE Y SU ACTUACIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

1 Introducción

En las cocinas de los hospitales los miembros del personal encargados de manipular los alimentos se conocen como pinches y cocineros. Su trabajo es crucial porque la investigación ha relacionado el procesamiento inadecuado de alimentos con la propagación de enfermedades.

Debido a las necesarias precauciones de seguridad e higiene, prevenir que esto ocurra es la forma más eficaz de hacerlo.

Para el desempeño de sus funciones en los hospitales, los pinches deben conocer los procedimientos adecuados de preparación y conservación de alimentos y seguirlos.

Hay una ley en vigor en este momento:

Según el artículo 8 del Real Decreto Legislativo 1/2007*, los consumidores tienen el derecho fundamental a estar "protegidos contra los riesgos que puedan afectar a su salud o seguridad".

La comida que ha sido contaminada es uno de los factores globales, según la Organización Mundial de la Salud, que contribuye a la mayoría de las enfermedades. Debemos tener en cuenta que las personas que comerán los alimentos son personas enfermas con la salud comprometida. Además, se ha demostrado científicamente que los pacientes se recuperan más rápidamente cuando comen los alimentos adecuados y obtienen la nutrición adecuada.

Los pinches de cocina juegan un papel fundamental en las cocinas de los hospitales; son responsables de garantizar que se sigan las reglas y que se manipulen los alimentos de forma adecuada.

2 Objetivos

Identificar cuáles son las medidas que deben de adoptar los pinches dentro de las cocinas hospitalarias para una correcta manipulación de alimentos.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar. Además se ha consultado la literatura científico-sanitaria existente en referencia con la manipulación de alimentos dentro de los centros hospitalarios.

4 Resultados

Para una correcta manipulación de los alimentos, el pinche debe tomar las siguientes precauciones:

- Higiene: lavarnos bien las manos con jabón y agua caliente es lo primero que debemos hacer. Luego debemos secarlos con toallas de papel. Cualquier herida que tengamos será vendada. Se realizará tanto antes como después de manipular los alimentos.

Para evitar que el cabello caiga en la comida, las uñas deben estar cortas y ordenadas. También utilizaremos un gorro para cubrir la cabeza.

- Salud: debido a que los alimentos crudos o poco cocidos contienen bacterias y gérmenes, debemos considerar sus efectos sobre nuestra salud.

Se recomienda que los alimentos cocidos y los alimentos crudos se mantengan separados unos de otros.

- Preparar alimentos: todas las herramientas que usaremos para procesar los alimentos deben estar limpias. Para lograr esto, es fundamental que la temperatura alcance los 70 grados para matar los microorganismos patógenos.

Debido a que los microorganismos se multiplican rápidamente a temperaturas entre 10o y 60o, debemos considerar que los alimentos no alcanzan estos rangos.

- Comida fría: si la comida preparada no se va a comer de inmediato, se debe refrigerar y comer dentro de las próximas 24 horas.

En cambio, si queremos que la comida dure más, debemos congelarla; la temperatura ideal no es superior a -18o.

Los alimentos no deben dejarse a temperatura ambiente, ya que esto fomenta el crecimiento de bacterias.

Debemos tener en cuenta que ningún tipo de insecto debe estar presente en la cocina porque pueden propagar enfermedades.

Debemos tener en cuenta que los destinatarios de los alimentos que procesamos son pacientes que presentan diversas patologías, y que cualquier error que cometamos al realizar un procesamiento insuficiente de los alimentos puede repercutir negativamente en su salud.

5 Discusión-Conclusión

Los pinches de cocina juegan un papel fundamental en las cocinas de los hospitales; son responsables de garantizar que se sigan las reglas y que se manipulen los alimentos de forma adecuada.

Debemos tener en cuenta que los destinatarios de los alimentos que procesamos son pacientes que presentan diversas patologías, y que cualquier error que cometamos al realizar un procesamiento insuficiente de los alimentos puede repercutir negativamente en su salud.

Algunas de las precauciones que debemos tomar incluyen usar una higiene personal y de manos adecuada, preparar y cocinar alimentos, enfriar rápidamente los alimentos cocidos, manipular huevos frescos y mantener los insectos fuera de la cocina.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/higiene-cocina-personal/>.
2. <https://www.monografias.com/docs/Manipulacion-De-Alimentos-EnHospitales-P36RX5YMY>.
3. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/importancia-de-la-manipulacion-dealimentos>.

Capítulo 447

EL PINCHE DE COCINA Y LAS TÉCNICAS CULINARIAS EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN HOSPITALES

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

1 Introducción

Dado que los alimentos que se sirven a los pacientes deben cumplir con ciertos requisitos nutricionales y sanitarios estrictos, la preparación de alimentos en los hospitales es una tarea fundamental y delicada. Además, debido a sus enfermedades u otras condiciones médicas, los pacientes hospitalizados frecuentemente requieren dietas especiales.

Debido a la necesidad de preparar alimentos que sean a la vez sanos y sabrosos, los pinches de cocina empleados en los hospitales deben poseer conocimientos especializados en técnicas culinarias. Estos procedimientos deben cumplir los requisitos de calidad e higiene necesarios para garantizar la inocuidad de los alimentos.

Existen varias técnicas culinarias especializadas que se manejan y utilizan con frecuencia en la preparación de alimentos en los hospitales, incluyendo la cocción al vapor, la cocción al horno, la cocción a baja temperatura y la preparación de alimentos para coronarias o con restricciones alimentarias sin sal. También es habitual utilizar técnicas de cocción que conservan los nutrientes de los alimentos, como la cocción al vacío o la cocción a baja temperatura.

También se debe enseñar a los pinches de una cocina del hospital cómo adaptarse a las necesidades de los pacientes, por ejemplo, cómo preparar alimentos para pacientes con alergias o intolerancias alimentarias.

2 Objetivos

Exponer por parte el pinche de cocina hospitalaria las diferentes y diversas técnicas culinarias especializadas en la preparación de alimentos en hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

También deben estar preparados para usar herramientas especializadas, como procesadores de alimentos, licuadoras y cortadores de verduras, para preparar alimentos para pacientes que necesitan una dieta líquida o blanda.

Los pinches de cocina del hospital deben ser expertos en técnicas culinarias especializadas para garantizar que los pacientes reciban comidas saludables y nutritivas que satisfagan sus necesidades individuales.

Los pinches de cocina de los hospitales suelen recibir formación especializada en métodos culinarios, lo que les permite preparar comidas saludables para los pacientes. Los siguientes son algunos ejemplos de técnicas culinarias que podrían incluirse en sus usos:

Con una mínima pérdida de sabor y conservación de los nutrientes de los alimentos, la cocción al vapor es el mejor método para preparar pescado y verduras.

Para lograr una cocción adecuada, el pinche de cocina debe asegurarse de que la comida se distribuya uniformemente y se corte en trozos pequeños.

El pescado y la carne se pueden preparar utilizando el método de cocción al horno. Para que la carne o el pescado se cocinen uniformemente, el pinche de cocina debe regular la temperatura del horno. También puedes incluir hierbas y especias para mejorar el sabor.

Cocción a baja temperatura: Debido a que permite que las carnes se cocinen lentamente conservando su sabor y textura, este método es perfecto para preparar carnes. Para cocinar la carne a una temperatura determinada y durante un tiempo predeterminado, el pinche de cocina debe utilizar una máquina "Sous vide".

Preparación de alimentos sin sal: En ocasiones, los pacientes pueden necesitar seguir una dieta baja en sodio. El pinche de cocina debe ser capaz de preparar alimentos sabrosos y nutritivos que no contengan sal en estas circunstancias.

Preparación de alimentos para pacientes con alergias o intolerancias alimentarias: Algunos pacientes pueden tener restricciones dietéticas debido a alergias o intolerancias alimentarias. El pinche de cocina debe ser capaz de preparar comidas sustitutivas que sean saludables y satisfagan las necesidades nutricionales del paciente.

Preparación de alimentos para dietas líquidas o blandas: Los pacientes ocasionalmente necesitan una dieta líquida o blanda debido a una cirugía o a una condición médica. Las sopas, los batidos y los purés son algunos ejemplos de alimentos saludables y sabrosos que el pinche de cocina debería poder preparar.

El trabajo de los pinches de cocina de hospital implica fundamentalmente el uso de habilidades culinarias especializadas. La capacidad de preparar alimentos saludables y ricos en nutrientes para los pacientes requiere que estos profesionales posean un nivel suficiente de capacitación culinaria. Para garantizar que los alimentos sean seguros para el consumo, también deben poder adaptarse a los requisitos únicos de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para la salud y el bienestar de los pacientes, la preparación de alimentos en los hospitales es una tarea vital. Los pinches de cocina de los hospitales deben estar formados en técnicas culinarias especializadas para que puedan preparar comidas saludables y adaptadas a las necesidades de cada paciente. Esto implica cocinar sin sal, ajustarse a las necesidades de los pacientes con alergias e intolerancias alimentarias, preparar alimentos para dietas líquidas o blandas y utilizar métodos de cocción que conserven los nutrientes de los alimentos.

Creemos que para garantizar la seguridad de los alimentos que se preparan, los pinches de cocina deben estar preparados para utilizar herramientas especializadas y cumplir estrictos requisitos de calidad e higiene.

6 Bibliografía

1. Bernal, M. (2016). Técnicas culinarias en la atención hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, 33(1), 142-146. DOI: 10.20960/nh.45.
2. Piñeiro, E. M. (2019). La importancia de la formación de los pinches de cocina en hospitales. *Revista de la Asociación Española de Nutrición Enteral y Parenteral*, 40(4), 232-236. DOI: 10.20960/nh.2367.
3. Marín, P. (2018). Alimentación hospitalaria y técnicas culinarias adaptadas a la nutrición clínica. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1247-1251. DOI: 10.20960/nh.2336.

Capítulo 448

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU PAPEL EN LAS DIETAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

Hoy en día, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial sigue siendo el cáncer. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, hubo 19,1 millones de diagnósticos de cáncer en todo el mundo en 2019.

La misma organización (proyecto GLOBO CAN) predijo que en 2020 se diagnosticarían aproximadamente 19,3 millones de casos nuevos en todo el mundo. Sin embargo, es probable que la cantidad real de diagnósticos de cáncer en 2021 haya sido menor debido a cómo la pandemia de Covid-19 ha afectado la cantidad de diagnósticos de cáncer en demasiadas naciones.

Adicionalmente, según proyecciones globales, el número de casos nuevos aumentará exponencialmente en los próximos 20 años, alcanzando los 30,5 millones de nuevas ocurrencias para el año 2040. Las salas de oncología son salas o unidades hospitalarias con servicios ofrecidos exclusivamente a pacientes con cáncer en la gran mayoría de los centros o instituciones hospitalarias.

Los pacientes suelen estar más inmunodeprimidos como consecuencia de los tratamientos que reciben, como quimioterapia y radioterapia, entre otros, por lo que se debe extremar la precaución a la hora de introducir cualquier patógeno en su entorno o alimentación. Esto se evita siguiendo los protocolos establecidos en cuanto a alimentos y comidas, que serán a los que nos referiremos como pinches de cocina.

2 Objetivos

Exponer, desde el papel del pinche de cocina, los requerimientos en cuanto a protocolo de la preparación y actuación en la cocina dirigida a la planta de oncología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se requieren una serie de protocolos de actuación para cocinar, preparar y reparar todo lo destinado a la dieta de los pacientes oncológicos inmunodeprimidos a consecuencia de tratamientos como la quimioterapia. Esto se hace para garantizar una asepsia completa.

- La persona encargada de preparar y cocinar los alimentos deberá mantener una excelente higiene de manos y brazos, y se le proporcionarán guantes para apoyar esta higiene.
- La vestimenta del profesional de máscara, gorro y bata es trascendental también. Como resultado, evitará que los alimentos del paciente entren en contacto con el uniforme del profesional. También evitará que el profesional tosa o estornude

junto o frente a la comida del paciente, lo que podría propagar bacterias o virus dañinos.

- El experto debe ser siempre el mismo; es decir, no deben estar trabajando en otros proyectos o preparando otros menús mientras estén comprometidos con las dietas del paciente con cáncer.
- Para la elaboración y elaboración de los mismos, el equipo que se vaya a utilizar deberá limpiarse a fondo antes de su uso.
- El espacio o zona de trabajo debe estar siempre impecablemente limpio, desprovisto de microorganismos patógenos que puedan poner en peligro la salud del paciente, y dotado de un área destinada a la manipulación de estos alimentos y materiales.
- El menaje de cocina, bandejas, cubertería y carros utilizados para el transporte y almacenamiento de alimentos en la unidad de oncología deben estar completamente limpios.

Es importante que, al trasladarse a la unidad, el pinche de cocina procure manipular lo menos posible y no toque demasiado las bandejas, por prevención y para evitar siempre la contaminación.

- La logística del food truck siempre debe seguir un camino predeterminado; nunca se dedicará a otros servicios y será específico de esta unidad.
 - El pinche de cocina debe manipular con extrema precaución las bandejas una vez entregadas para evitar la contaminación mencionada anteriormente.
- Sería un punto a favor que el pinche, una vez llegado a la unidad se cambie los guantes, asegurando así la asepsia.

5 Discusión-Conclusión

Debido a los tratamientos que reciben, los pacientes con cáncer u oncología tienen sistemas inmunológicos muy débiles. Por ello, el pinche de cocina debe conocer todos los procedimientos asépticos a la hora de manipular, preparar y entregar una dieta para este tipo de pacientes hospitalizados.

Es crucial seguir los protocolos al pie de la letra; de lo contrario, corremos el riesgo de deteriorar la condición clínica del paciente y potencialmente ponerlo en peligro de enfermarse o incluso morir. Si se hace incorrectamente, los resultados podrían ser fatales y causar problemas graves para el paciente, su familia y el personal médico.

Los temas socioeconómicos que podríamos discutir también son una opción. Por todo esto, el pinche de cocina ofrece la seguridad de que todo se hace de acuerdo con los procedimientos adecuados, y en consecuencia, seguridad y tranquilidad

para el paciente que tiene cáncer y está en un tratamiento tan agresivo como la quimioterapia.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 449

INVESTIGACIÓN SOBRE LAS FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19 EN EL ÁMBITO SANITARIO

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

1 Introducción

A finales del año 2019 se empezó a hablar del COVID-19, pero no es hasta el 1 de enero cuando se confirma el primer caso en España, en la isla de La Gomera. La primera muerte por covid19 se confirma el 4 de marzo, es un hombre de 69 años que había muerto el 13 de febrero.

El 14 de marzo del 2020 el Gobierno declara el estado de alarma en todo el territorio español por la situación de emergencia sanitaria.

La pandemia se produjo a nivel mundial y afecto a muchos sectores, pero sobre todo a el de sanidad ya que se enfrentaban a una enfermedad desconocida, grave, con muchas personas infectadas al mismo tiempo, que tenía un alto contagio, con escasez de medios, y con una alta mortalidad.

Los médicos, enfermeros y auxiliares administrativos, técnicos de transporte sanitario eran los que más expuestos estaban a la enfermedad en la atención primaria, ya que estaban en primera línea, los telefonistas, aunque no estaban de una forma presencial con el paciente, pero también estaban en primera línea junto a sus compañeros, ya que eran los primeros en facilitar asistencia telefónica ya que recibían miles de llamadas al día.

La labor de los telefonistas que trabajaban en información telefónica del hospital en época de pandemia cambio, ya que recibían miles de llamadas preguntado por sus padres, hijos o familiares ya que al vivir fuera era la única manera de saber algo de ellos por los que tenían que hacer una labor de psicólogos, aunque eso también afectase a su salud.

2 Objetivos

- Explicar cómo la pandemia ha afectado al trabajo de los telefonistas en ámbito sanitario.
- Conocer los riesgos a los que se exponían los telefonistas durante la pandemia.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos utilizadas: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: telefonista, pandemia, covid19, riesgos, ansiedad.

Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban llamadas telefónicas en los centros de atención primaria y hospitales, pandemia, covid19, protocolos.

Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas, atención llamadas telefónicas y artículos en castellano que tengan más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

En pandemia la forma de trabajar de los sanitarios y no sanitarios cambio, ya que surgieron nuevas necesidades por la gran cantidad de pacientes que se acercaban a los centros sanitarios, por lo que se apresuró el uso de internet y la tecnología digital, muchos pacientes utilizaron estos medios además de las consultas telefónicas para tener contacto con su médico.

Durante la pandemia en Castilla la Mancha aumento la necesidad de contratar mucho personal no sanitario, para poder agilizar el trabajo de las telefonistas por la gran demanda y aumento de llamadas, se abrieron los call center contratando muchos telefonistas que se encargaban de atender las llamadas entrantes, dar citas telefónicas, responder preguntas o problemas de todo tipo que les surgían a los pacientes por la poca información que se tenía.

Los pacientes crónicos no pudieron ser atendidos durante la pandemia ya que los hospitales estaban saturados, por lo que llamaban para preguntar por las citas que tenían pendientes y buscar alguna información sobre cuando se restablecerían las consultas, los telefonistas eran lo que les tenían que transmitir calma y tranquilidad dando contestación a todas sus inquietudes, por lo que aumentaban los riesgos de ansiedad, depresión y preocupación por parte de los telefonistas al lidiar con el estado de los pacientes que llamaban.

Los telefonistas durante la pandemia se han expuesto a riesgos psicosociales como puede ser el estrés, depresión, ansiedad debido a la sobrecarga en el trabajo y el impacto sufrido por la situación del covid19. Estudios realizados en España alertaron sobre la salud mental de los profesionales que se enfrentaron a la pandemia siendo la depresión la patología más frecuente en la primera ola, de todos los que participaron en el estudio el 45% presentaban riesgo alto de padecer algún tipo de trastorno mental, siendo depresión la más frecuente seguida de ansiedad y estrés.

También estaban expuestos a riesgos físicos, aunque no tenían contacto directo con los pacientes si tenían contacto con sus compañeros por los que tuvieron que seguir el protocolo de actuación para el COVID-19.

5 Discusión-Conclusión

Los telefonistas en pandemia no fueron la cara visible, pero trabajaron y lucharon junto a sus compañeros en primera línea ya que fueron los encargados de dar cualquier tipo de información que se les solicitaba desde noticias de algún familiar, información sobre qué hacer o cómo actuar hasta apoyo psicológico, por lo que estuvieron expuestos a riesgos físicos por el contagio con otros compañeros o psicosociales por la carga de trabajo.

La pandemia del COVID-19 ha cambiado la forma de trabajar en los centros de salud, centros de urgencias y hospitales. Hoy en día se siguen realizando muchas consultas de forma telemática, por lo que aumenta la demanda asistencial en las urgencias tanto de hospitales como centros de salud, ya que muchos pacientes necesitan que la consulta sea presencial y al no tener cita acuden a otros sitios

donde si los ven sin necesidad de esperar días.

Los beneficios de esta crisis es que los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en centros de salud y hospitales, tendrán experiencia a la hora de afrontar otra crisis sanitaria por futuras pandemias, ya que se ha adquirido mucho conocimiento.

6 Bibliografía

1. <https://innovateparaempleo.es/profesion-telefonista/>.
2. <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias>.
3. <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales>.
4. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_serial&pid=0185-3325&lng=es&nrm=iso.

Capítulo 450

EL TELEFONISTA EN COORDINACIÓN CON OTROS TRABAJADORES EN EL SISTEMA DE SALUD

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

ALICIA TALAYA NAVARRO

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

1 Introducción

Para los telefonistas y el resto de trabajadores de los centros sanitarios es muy importante saber trabajar de una forma coordinada.

Para trabajar de una forma coordinada cada trabajador tendrá un rol en el equipo, el coordinador será el encargado de dirigir el grupo para obtener los objetivos fijados, para ello debe de conocer cuál es el trabajo que desempeña cada uno y donde se puede mejorar, para ello se debe conocer, cual es la forma de trabajar de todos los que forman el equipo.

La persona que se encargar de coordinar el grupo debe ser una persona que sepa escuchar cuales son las necesidades del equipo, y a partir de ahí tomar las decisiones más beneficiosas para el grupo.

El coordinador debe potenciar las relaciones entre el equipo, debe organizar el equipo, integrar a todos y saber delegar el trabajo, debe ser una persona que mantenga al equipo unido sabiendo escuchar las necesidades del grupo para evitar conflictos y enfrentamientos.

Los telefonistas deben estar coordinados con todos los trabajadores del hospital y de los centros de atención primaria, ya que son los encargados de responder preguntas, realizar conexiones de llamadas, llevar registro de llamadas entrantes y salientes, archivar papeles, realizar llamadas, por lo que deben estar coordinados con los equipos de salud, que están formados por médicos, enfermeras, psicólogos, pediatras, personal administrativo, celadores...

El trabajo que ejerce los telefonistas en la sanidad es fundamental para el buen funcionamiento de los centros sanitarios, ya que una de sus funciones principales es la de estar en contacto tanto con pacientes como con el resto de profesionales.

2 Objetivos

- Explicar cómo se coordina el trabajo de los telefonistas con el resto de trabajadores del hospital y cómo se puede mejorar.
- Definir tipos de coordinación en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos utilizadas: Se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: telefonista, coordinación, ámbito sanitario, trabajar en equipo, hospitales.

Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban de trabajo en equipo entre telefonistas y trabajadores en el ámbito sanitario, coordinación entre los trabajadores.

Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas y artículos en castellano que tengan más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

El trabajo en equipo consiste en realizar un trabajo por un número de personas que tienen un objetivo en común, aunque el trabajo se realice de forma individ-

ual, lo que se intenta conseguir a la hora de trabajar en equipo es disminuir los tiempos a la hora de hacer una tarea. Con la ayuda de todo el equipo se obtienen mejores resultados, se llega a los objetivos planteados, y el trabajo se realiza de una forma más rápida.

A la hora de trabajar en equipo es muy importante la figura del coordinador que es la que se encarga de organizar el equipo, repartir tareas, motivarlo... debe ser una persona con grandes habilidades social que influya positivamente en el equipo y que transmita confianza, apoyo y compañerismo.

Ventajas de trabajar en equipo;

- Se produce mejores resultados a la hora de trabajar en equipo.

- Se integran más como parte del grupo.

- Motivación del grupo.

- Todos trabajan hacia un objetivo común.

- Mejoran las habilidades sociales.

A la hora de trabajar en equipo deben de estar claramente definidas las funciones y responsabilidades de cada trabajador, es importante que cada uno conozca cuál es su trabajo y el de los demás, así evitaremos que se haga varias veces la misma tarea, y con ello se evitara conflictos.

Conocer a todos los trabajadores que forman el equipo y saber cuáles son funciones y responsabilidades, así a lo hora de tener alguna duda se sabrá a la persona que hay que dirigirse.

Trabajar la comunicación con el equipo, se cuidará el tono para evitar mal entendidos, se promoverá las relaciones entre los compañeros y se celebran los éxitos, es muy importante para el trabajador que se reconozca el trabajo bien hecho.

Se puede diferenciar dos tipos de coordinación en el ámbito sanitario la explícita y la implícita.

Explícita; Requiere una programación que está sujeta a una planificación y una comunicación, por ejemplo, guías, agendas, manuales... y el intercambio de información se puede hacer de manera formal o informal.

Implícita; los miembros del grupo se anticipan a las necesidades y tareas de los demás si necesidad de comunicarlo, se basa en la capacidad de anticipación de cada miembro del grupo sin la necesidad de decirlo.

5 Discusión-Conclusión

Tanto para los telefonistas como el resto de trabajadores en el ámbito sanitario es muy importante el trabajo en equipo, ya que todos buscan un objetivo común que es, la buena atención del paciente ya sea de forma telefónica o presencial.

En los equipos de trabajos deben estar definidos cual es la tarea de cada miembro, con ello se obtienen mejores resultados, y sobre todo lo más importante que es asistir de una forma rápida y efectiva a los pacientes.

A la hora de formar un equipo de trabajo se necesita un coordinador que será la persona que reparta las tareas y promueva objetivos.

Un buen coordinador tienes que ser una persona comunicativa, y con grandes habilidades sociales.

Existen dos tipos de coordinación en el ámbito sanitario la explícita y la implícita, pero en los equipos que se obtienen mejores objetivos son los que mantienen un equilibrio entre coordinación las dos.

6 Bibliografía

1. <https://www.medigraphic.com>.
2. <https://fundacionhospitaloptimista.org/>
<https://360sanitario.com>.

Capítulo 451

EL TELEFONISTA Y EL USO DE PROGRAMAS INFORMÁTICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

1 Introducción

Antes de empezar la digitalización de los datos de los pacientes en los centros sanitarios, todo se realizaba de forma manual, donde se hacía muy complicado y laborioso buscar cualquier información de los pacientes por lo que mucha información se perdía y nunca llegaba a ser archivada. A primera hora de la mañana se llevaban a consulta todas las historias clínicas de los pacientes que se iban a visitar ese día, había pruebas clínicas que se les daban al paciente para que él la llevase a consulta, por lo que era muy difícil hacer un buen trabajo por la parte de los médicos en consultas de especialidades.

Actualmente todo esta informatizado por lo que solamente con un clic podemos entrar en la base de datos del hospital, buscar, consultar y recopilar de una forma

rápida toda la información de los pacientes por lo que facilita el trabajo del telefonista, médicos, enfermeras...todas las pruebas médicas están digitalizadas por lo que se puede consultar en el momento.

Las bases de datos guardan registros, son fáciles de gestionar, tienen facilidad para poder consultarlos rápidos y de una forma sencilla, tienen muy poca posibilidad de error.

Para los telefonistas es muy importante tener acceso a las bases de datos, ya que su trabajo es atender las llamadas telefónicas tanto entrantes como salientes, la atención al paciente, la cita previa o información, por lo que tienes que consultarla habitualmente durante su jornada.

2 Objetivos

- Explicar la forma de trabajar de los telefonistas con los programas informáticos que contienen los datos de los pacientes.
- Conocer que programas se usan, como es su funcionamiento, los datos que la forman y la historia clínica.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos utilizadas: Se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: telefonista, programas, ámbito sanitario, historia clínica, hospitales.

Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban de trabajo de los telefonistas y base de datos, historia clínica en el ámbito sanitario, Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas y artículos en castellano que tengan

más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Las nuevas tecnologías han permitido desarrollar herramientas que facilitan el trabajo de los telefonistas y reducen el tiempo que se tarda en realizarlas, estos avances son los programas informáticos, las aplicaciones y los softwares que se crean para las diferentes áreas de salud.

Los programas para hospitales facilitan el trabajo, el archivo de documentación, sistemas de facturación, facturación, pedidos, citas, pruebas clínicas, agenda del personal...

Los programas que más se usan en los hospitales son:

Salus, es un programa para hospitales y centros de salud, su fácil funcionamiento lo hace como uno de los más usados, teniendo más de 5000 clientes. Se lleva usando desde 1995.

Dedalus, además de otros servicios ofrece programas para hospitales, clínicas, y centros médicos.

Mambrino, es el programa usado por el sistema sanitario de Castilla la Mancha, se empezó a implantar en el 2006 pero se ha ido actualizando las diferentes versiones. Este programa ha mejorado y facilitado el trabajo de los médicos y otros profesionales, ya que desde cualquier hospital de la región se puede acceder a la historia clínica del paciente.

Si buscamos por el número de historia clínica, los telefonistas como otros profesionales, podemos ver en un momento todas las citas médicas que tiene el paciente, las que ya han sido realizadas o las que tiene pendiente, así como el tiempo que ese paciente lleva esperando para que se le asigne una cita, que puede ser para la realización de alguna prueba médica o una consulta con el médico especialista. El trabajo de los telefonistas en los hospitales es muy versátil, desde la recepción de llamadas, gestiones administrativas relacionadas con el paciente, mantener contacto directo con los pacientes para gestionar citas programadas como nuevas citas, derivar llamadas, manejar información en programas informáticos, por lo que las nuevas tecnologías les han facilitado el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las nuevas tecnologías han ayudado a la hora de realizar el trabajo de los telefonistas, ya que se han incorporado al trabajo programas informáticos, con lo que toda la documentación esta informatizada, tanto los nuevos documentos que se envían como los que se reciben y se archiva y así poderlos consultar de una manera rápida. Lo que se busca con la digitalización es facilitar la consulta de todos los todos los documentos e información a los profesionales sanitarios. Par ello se utilizan diferentes programas informáticos, el que se usa en los hospitales del Sescam es el Mambrino.

En los programas de los hospitales se pueden consultar mucha información del paciente, datos personales como nombre, apellidos, dirección, teléfono, DNI, y número de historia clínica, citas de atención especializada, citas pendientes, cen-

tro hospitalario, fecha y hora de la cita, informes de hospitalización y todos los datos importantes tanto de informes de alta de hospitalización como del servicio de urgencias.

Es muy importante a la hora de llamar a algún paciente que los datos personales estén actualizados sobre todo el número de teléfono, eso les facilita mucho el trabajo a los telefonistas ya que muchas veces el número de teléfono no corresponde al del paciente por lo que tienen que consultar otros programas para intentar localizar alguno donde poder contactar con ese paciente.

6 Bibliografía

1. <https://concepto.de/programa-informatico/>.
2. <https://www.aetsa.org>.
3. <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/sescam-historia-clinica-digital/preguntasfrecuentes>.

Capítulo 452

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

JOSE JORGE ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

La psiquiatría es la ciencia de la medicina que estudia, diagnostica, previene y trata las enfermedades mentales y los trastornos de conducta y personalidad.

Se define salud mental como la posibilidad de tener unas relaciones armoniosas con los demás y para colaborar de manera constructiva al cambio del medio físico o social.

La unidad de psiquiatría está formada por un equipo multidisciplinar que esta constituido por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, técnicos cuidados auxiliares de enfermería y celadores.

Los dispositivos con los que contamos en nuestro país relacionados con la asistencia, prevención y rehabilitación de las personas están formados por los centros de salud mental, las unidades de hospitalización de psiquiatría, centros de día, hospitales de día, centros de media estancia, centros de larga estancia, talleres ocupacionales y, por último pisos, protegidos.

Ante la llegada de un paciente a la unidad de psiquiatría debemos de conocer sus condiciones sociales y familiares, si es portador de objetos lesivos, la opinión de la familia con respecto al ingreso, antecedentes médicos, psiquiátricos y antecedentes familiares, etc.

En el paciente psiquiátrico agitado tenemos que llegar a reducirlo de la siguiente manera: reducción verbal, reducción farmacológica y la reducción física.

Si tenemos que realizar un traslado de un enfermo psiquiátrico se llevará a cabo en una ambulancia convencional, en una ambulancia psiquiátrica o en una am-

bulancia medicalizada dependiendo de como se encuentre el enfermo para dicho traslado.

2 Objetivos

Conocer y saber las funciones que debe realizar el celador en la unidad de hospitalización de psiquiatría de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de libros y se ha consultado artículos en las principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo utilizando las palabras clave celador, asistencia, salud mental y funciones.

4 Resultados

El celador en psiquiatría debe de conocer las funciones que se desarrollan en esta unidad, que se recogen en los protocolos de actuación y normas de régimen interior y se basan en las necesidades asistenciales de este tipo de pacientes, entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Ocuparse del entorno ambiental de los pacientes, subiendo las persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Proteger el descanso nocturno evitando hacer ruidos por la noche.
- Asistir a los pacientes que lo precisen en el aseo personal.
- Controlar que los pacientes que no quieren asearse lo realicen.
- Vigilar la entrada de las personas en dicha unidad.
- Controlar a los pacientes que se puedan provocar autolesiones (retirada de cualquier cable de las habitaciones y tener las ventanas cerradas con cerradura y el personal que entre en la habitación no lleve ni cadenas, ni bolígrafos, ni tijeras, etc.).
- Poner y quitar la medicación de los carros de unidosos, y si fuera necesario sería el encargado de acudir al servicio de farmacia a recoger un pedido, incluyendo el transporte de medicamentos de la planta de hospitalización al servicio de la farmacia.
- Estar paseando con los pacientes por prescripción médica por afuera de la zona hospitalaria.

- Incentivar el ejercicio físico entre los pacientes.
- Dar el tabaco a aquellos pacientes que lo tienen consentido en su tratamiento.
- Controlar que haya orden entre los pacientes.
- Los pacientes que no colaboran con el tratamiento que tienen que tomar hay que colaborar con el personal de enfermería para administrarlos.
- Colaborar con el personal de enfermería en la reducción de un paciente agitado y poder poner una sujeción mecánica.
- Trasladar a los pacientes a las consultas que sean necesarias.
- Trasladar a los pacientes en el servicio de ambulancias.
- Guardar los pedidos en los almacenes.
- Trasladar la documentación sanitaria y no sanitaria, objetos y mobiliario de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que están hospitalizados en las unidades de psiquiatría debemos de ser conscientes que tenemos que prestarles la atención que necesiten, el celador debe de ser empático y sobre todo en situaciones conflictivas debe de mostrar calma y seguridad y debe de tener conocimiento en todo momento de la forma de reducir un paciente agresivo y conocer en su totalidad el manejo del material que se debe de utilizar como la sujeción mecánica. Este método sólo se utiliza bajo orden médica y si los otros procedimientos de reducción no han dado resultado y evitar en lo posible el hacerle daño al paciente a la hora de colocarla y esté debe de ser siempre el último recurso que se debe de utilizar.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com>.
2. <http://fisiostar.com>.
3. <http://www.cgtsanidadlpa.org>.

Capítulo 453

LA INCLUSIÓN DE LA PODOLOGÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MARÍA CARMEN GARCIA LOPEZ

1 Introducción

La podología es una rama de la medicina básicamente enfocada en el estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de las afecciones y trastorno del pie y el tobillo.

En nuestro país, la podología ha sido considerada históricamente, una profesión auxiliar en el sistema de salud, lo que limita su presencia en la atención médica primaria. Sin embargo, y principalmente en la última década, la podología ha ganado terreno como una disciplina independiente, con una formación académica específica y una amplia base de conocimientos científicos. cabe destacar, que la podología es, en muchísimas ocasiones, una gran desconocida y se ocupa no sólo del problema de las uñas, las durezas y los hongos, sino también, como especialidad sanitaria que es, de malformaciones, como pies planos, afecciones de la piel e infecciones.

La podología se crea como especialidad en 1960, es en ese momento, cuando el podólogo consigue la autonomía para atender al paciente y poder aplicar los tratamientos, para resolver la enfermedad, sin sobrepasar los límites de la cirugía menor.

El título de diplomado universitario en Podología, como titulación específica e independiente de la enfermería, se crea en 1988.

Los países de nuestro entorno ya han empezado a incluir la podología en sus sistemas de salud, sin embargo, en nuestro país, esta especialidad no existe en la

Sanidad Pública, porque no está incluida, ni dentro de sus categorías ni dentro de sus servicios.

2 Objetivos

Analizar los posibles beneficios de la rama de la podología en la sanidad pública de nuestro país.

Conocer la opinión de los profesionales sanitarios, sobre la inclusión del podólogo en los servicios del sistema.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La evidencia creciente, de la importancia de la salud podológica para el bienestar general y la movilidad de las personas, ha de ser uno de los factores claves, para su inclusión en nuestro Sistema Nacional de Salud.

La integración de los podólogos en el sistema de salud, traerá consigo, una serie de beneficios tanto para los pacientes como para el sistema en general.

Los podólogos desempeñan un papel fundamental, en la prevención y el manejo de afecciones podológicas, relacionadas con enfermedades crónicas como la diabetes. La atención temprana y especializada, puede prevenir unas complicaciones mucho más graves, como amputaciones y úlceras, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

La inclusión de la podología como especialidad integrada en el sistema de salud nacional, mejoraría de manera considerable la calidad de vida de los usuarios del sistema. La atención adecuada a todas las afecciones podológicas mejora la movilidad, la postura y el bienestar general de los pacientes, lo que se traduce en una mejora en la calidad de vida y en la autonomía.

La atención preventiva temprana de estas afecciones podológicas, puede reducir la necesidad de intervenciones medicas mas invasivas y por tanto mas costosas,

disminuyendo de esta manera, la carga económica para el sistema de salud.

A pesar de los avances en la aceptación de la podología dentro del sistema de salud en nuestro país, queda un largo trabajo para su reconocimiento pleno como especialidad médica, dándole la relevancia que sin duda se merece.

Garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a los servicios de estos profesionales, es un desafío muy importante, mucho más aún en zonas rurales y desfavorecidas. Es por tanto importante destacar, preferentemente la inclusión de estos servicios en la atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

La inclusión de la podología en el Sistema Nacional de Salud, de nuestro país, representa un paso muy importante en la atención integral de la salud de todos los ciudadanos y de los usuarios de la sanidad.

Los beneficios que aporta en términos de prevención, manejo de enfermedades crónicas y mejora de la calidad de vida de los ciudadanos son más que evidentes. Sin embargo, es fundamental seguir trabajando para superar los desafíos que aún persisten y garantizar un acceso equitativo a servicios podológicos de calidad para toda la población.

La colaboración interdisciplinaria y el reconocimiento pleno de la importancia de la salud podológica, en el bienestar general, son clave para continuar así con el avance en la inclusión de la podología en la sanidad española.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 454

EL CELADOR Y SU PAPEL ANTE EL PACIENTE FALLECIDO

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

1 Introducción

La anatomía patológica es una rama de la medicina que se enfoca en el estudio de las enfermedades a través de la observación microscópica de tejidos y células. Su objetivo principal es el diagnóstico preciso de enfermedades, la evaluación de su gravedad y el pronóstico del paciente. También desempeña un papel fundamental en la investigación y el desarrollo de tratamientos médicos.

Hay una serie de requisitos previos que debe cumplir la sala de autopsias, pero los siguientes son los más importantes: Se requiere un área mínima de 20 metros cuadrados. En esta sala habrá una mesa de autopsias, que también debe tener el sistema de succión, iluminación y ventilación adecuadas. Contará también con extractores de aire que dirijan el aire al exterior, agua fría y caliente, sistema de desagüe y mecanismo antirretorno.

El Estatuto del Personal No Sanitario, que recoge todas las funciones que debe desempeñar un celador, establece en el punto 14.2 que debe desempeñar un celador.

Las obligaciones del celador para atender a los pacientes fallecidos se establecen en el apartado 20.

El médico a cargo de dicha persona es el responsable de certificar la muerte del paciente, y el tiempo comenzará a correr a partir de la fecha y hora en que se inscriba la defunción en el Registro Civil.

2 Objetivos

Identificar el correcto tratamiento del cadáver del paciente fallecido y las funciones llevadas a cabo por los celadores ante el traslado al servicio de autopsias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador realiza las siguientes funciones ante el traslado del paciente fallecido al servicio de autopsias:

1. El celador asiste a las enfermeras, auxiliares de enfermería o aquellos a cargo de cubrirse como parte del procedimiento de cubierta.
2. El celador es responsable de mover el cuerpo él mismo. El celador, que irá acompañado de otro celador (en este caso, el celador del servicio donde se produjo el fallecimiento), realizará este traslado. Este traslado es importante sin estar acompañado por los familiares del difunto. Otra consideración es que la forma más fácil de completar este traslado es moverse por áreas donde hay poca presencia de personas enfermas y familiares. El celador será también responsable de dejar constancia en el libro de Registro de la información pertinente, incluyendo el nombre y apellido del difunto, la fecha y hora de ingreso a la morgue, la fecha y hora de salida, el número de registro, el número de historia clínica, y la cama y sala de procedencia del paciente.

Funciones de los celadores de las Instituciones de Salud del Insalud:

Antes, durante y después de la autopsia, el celador debe realizar las siguientes funciones.

1. Sería necesario sacar el cuerpo del refrigerador y llevarlo a la sala de anatomía patológica antes de la autopsia. El nombre y apellido del difunto deben estar claramente escritos en el cuerpo para facilitar su rápida identificación. Sólo si el cadáver ha sido amortajado previamente se encarga de desnudarlo.

Luego, a menos que el celador haga una recomendación diferente, el cuerpo se colocará sobre la mesa de autopsias en la posición más adecuada, normalmente en decúbito supino. Es el encargado de preparar todo el instrumental necesario para la autopsia.

2. Durante la autopsia: Su tarea principal en esta fase será asistir al personal encargado de realizar la autopsia, siendo la tarea más común la manipulación y cambio de posición del cuerpo del paciente fallecido. Quitará el vello, separará las costillas y abrirá la caja torácica con un instrumento específico llamado costotomo. Corresponde también a la apertura de la caja craneal. Proporcionar el material e instrumentos a la persona encargada de realizar la autopsia. Será el encargado de pesar los órganos con ayuda de una balanza de gran precisión y registrar el resultado de dicho pesaje. Los restos humanos serán colocados en cubetas perfectamente herméticas para su incineración por parte de la empresa autorizada para tal labor.

3. Después de la autopsia: Realizará la limpieza tanto interna como externa del cuerpo del difunto y se encargará de rellenar los huecos viscerales, normalmente utilizando para ello papel de celulosa. Ayudará al médico a cerrar el cadáver y tapar los agujeros con acceso al exterior. Será el encargado de conducir las muestras orgánicas obtenidas al laboratorio del propio Hospital. Hay que tener en cuenta que de vez en cuando este material debe ser enviado a esterilizar, para poder utilizarlo en una autopsia que conlleva riesgos asociados. Finalmente, vuelva a armar el cuerpo y límpielo una vez finalizada la autopsia. Lo amortajará para devolverlo a los familiares en las mejores condiciones posibles, trasladará el cuerpo de nuevo a la cámara frigorífica y limpiará el instrumental, la mesa de autopsias y la propia sala. Para la limpieza de los instrumentos se utilizará un detergente, para posteriormente desinfectar dicho material sumergiéndolo en lejía durante aproximadamente 10 minutos. Es importante que el celador use los siguientes elementos: guantes, anteojos, mascarilla y bata, por los riesgos de salpicadura y contacto con fluidos corporales, así como para evitar cortes por manipulación de instrumentos cortopunzantes. Siempre se debe manipular el cadáver como si estuviera infectado.

5 Discusión-Conclusión

De la información de los apartados anteriores se puede inferir que el papel del celador es fundamental para la recuperación del paciente, así como para la preparación, movilización y traslado del cadáver del paciente en conjunto con otros profesionales.

También hay que considerar el papel del celador de autopsia, que participa activamente antes, durante y después de la autopsia además de desempeñar las funciones que el Estatuto del Personal No Sanitario le ha asignado a su categoría. También es importante llamar la atención sobre todas las leyes, órdenes y revisiones que han regido y regirán el manejo de los cadáveres de los pacientes muertos, siempre teniendo en cuenta las precauciones higiénicas y sanitarias, particularmente en situaciones de riesgo de propagación de la infección a toda la población.

6 Bibliografía

1. Del Castillo Torres; Ochoa Guerra, O; Gómez Martínez, D.; Alés Reina, M." Celadores del Servicio Andaluz de Salud ". 1ª edición. Sevilla. Editorial MAD.(2000).
2. Gómez Sancho Marcos, Ojeda Martín Manuel - Cuidados paliativos, control de síntomas, (1999).

Capítulo 455

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

1 Introducción

Existe un servicio de farmacia dependiente del servicio médico en la mayoría de los hospitales. Todos los servicios del hospital tienen acceso a la mencionada farmacia, que es un servicio centralizado.

Bajo la dirección y supervisión de un farmacéutico, diversos profesionales, entre ellos el personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores, prestan sus servicios en la farmacia hospitalaria. Todo ello se rige por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, que regula el uso de medicamentos y otros productos sanitarios.

Junto con otros servicios como análisis clínicos, microbiología y medicina nuclear, las farmacias de los hospitales suelen depender de la administración médica del hospital. Están a cargo de la selección y evaluación de medicamentos, datos

farmacoterapéuticos, actividades de farmacocinética clínica, farmacovigilancia, control de productos durante la fase de investigación clínica y ejecución de estudios. También tienen a su cargo la adquisición, conservación, dispensación y preparación de medicamentos.

La preparación y administración de fórmulas magistrales, soluciones desinfectantes y antisépticas, nutrición enteral, nutrición parenteral o citostáticos, así como el control y administración de medicamentos ajenos, botiquines de primeros auxilios ya presentes en las unidades de hospitalización y demás servicios hospitalarios, están bajo su responsabilidad. su supervisión.

2 Objetivos

Discernir cuáles son las funciones que tiene el celador en el almacén de farmacia de un hospital así como las propias del servicio de farmacología de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Viendo todo esto podemos decir que las funciones del celador en el servicio de farmacia son las siguientes:

- Recepción de materiales; el celador es la persona encargado de tomar posesión de los envases, paquetes y demás insumos que los proveedores entregan a la farmacia hospitalaria. Al recibir material, siempre debe verificar si coincide con lo que está escrito en los albaranes de entrega. Si lo hace, deberá firmar el albarán de entrega; si hay un error, debe rechazar el material o notificar a la persona que cometió el error.
- Acondicionamiento del material: Una vez recibido el artículo, el celador lo debe entregar al personal médico junto con una copia del albarán de entrega para que lo cuenten, clasifiquen, ordenen y almacenen. - El celador acondicionará directamente algunos artículos además de los medicamentos.

- Traslado de artículos por la farmacia. El celador es el encargado de dirigir el movimiento de paquetes y cajas grandes o pesados dentro de la farmacia.
- Distribución de medicamentos; el celador de la farmacia es responsable de entregar los pedidos a las unidades designadas. El celador es responsable de entregar los pedidos, verificar los suministros y manejar los carros que contienen medicamentos u otros bienes.
- Entregas desde la farmacia a varios departamentos del hospital.
- La dispensación de materiales particulares.
- La responsabilidad de un celador es la de preparar el agua destilada que se utiliza para reducir el alcohol utilizado en las unidades hospitalarias.
- Controles e inventarios: El celador de farmacia está obligado a realizar conteos periódicos del material del que es responsable para verificar la disponibilidad de los bienes guardados en la farmacia y verificar la fecha de caducidad. En el momento del inventario general anual, también debe participar.

5 Discusión-Conclusión

Para el buen funcionamiento del Servicio de Farmacia de un hospital son necesarios varios tipos de profesionales, incluidos los celadores.

Farmacéuticos, personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores son algunos de los miembros del personal que integran un servicio de farmacia hospitalaria. Un farmacéutico supervisa y dirige a todos estos miembros del personal. El celador se encargará de recibir el material, revisar los albaranes, acondicionar el material, transportar el material pesado dentro de la farmacia, distribuir los medicamentos y demás productos a las unidades hospitalarias que los necesiten, transportar los productos de otras unidades hospitalarias a farmacia, preparación de alcohol y mantenimiento de controles e inventarios.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 456

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

1 Introducción

El mantenimiento se describe como "un conjunto de acciones destinadas a restaurar o mantener componentes, maquinaria o sistemas en una condición que les permita realizar sus funciones". Debido a esto, el personal de mantenimiento como es el calefactor, junto con su vocabulario estándar, incluye palabras como "mantenibilidad" y "confiabilidad", que se refieren a qué tan bien y con seguridad los componentes y equipos realizan sus funciones al tiempo que protegen el medio ambiente y lo hacen al menor costo posible.

Los equipos y sistemas deben invertirse financieramente y exponerse a riesgos para garantizar su confiabilidad, disponibilidad y mantenimiento.

De esta forma, el cumplimiento de los plazos acordados depende más de la calidad de los mismos que de la cantidad de herramientas y materiales. Dicho de otro modo, la institución o empresa gastará dinero para elevar sus coeficientes de seguridad.

El monto de esta inversión variará dependiendo de las características de la empresa u organización. Dado que mantener la salud de la población es el objetivo principal de la institución en cuestión, un centro de salud, la inversión de capital es aún mayor. El análisis del personal de mantenimiento es necesario para comprender cómo, a través de su trabajo, pueden afectar la confiabilidad y accesibilidad de los equipos biosanitarios.

2 Objetivos

Analizar cómo se aplican los criterios de mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad en instituciones sanitarias por parte del calefactor como profesional de mantenimiento.

3 Metodología

En la revisión bibliográfica se utilizaron diferentes bases de datos de estudios observacionales descriptivos transversales. Fue posible localizar los artículos requeridos con fundamentos científicos utilizando una serie de descriptores como palabras clave. Se han utilizado palabras clave como mantenimiento, mantenibilidad, confiabilidad, salud y disponibilidad.

4 Resultados

Es importante examinar cada una de las ideas mencionadas anteriormente por separado. La expectativa de que un sistema pueda repararse o mantenerse dentro de un cierto período de tiempo es la primera definición de la palabra "mantenibilidad". Puede explicarse en términos de "probabilidad", en cuyo caso la mantenibilidad estaría relacionada con la posibilidad de que un equipo que ha mostrado un error o una falla se solucione en un período de tiempo específico. Como resultado, diariamente, este criterio está limitado por la hora de inicio, la duración y los tiempos de reparación. El tiempo necesario para diagnosticar o localizar el

problema, así como el tiempo necesario para el desmontaje, el ajuste y las pruebas, tienen un impacto. Todos ellos estarán directamente impactados por la capacidad, experiencia y capacidad de diagnóstico y respuesta del equipo de mantenimiento. El hecho de que se reconozca como una variable agregada conexas.

Por otro lado, la confiabilidad y la disponibilidad aumentan cuando se pueden acortar los tiempos y mejorar la mantenibilidad.

Tienen una relación bidireccional entre sí, por lo que si uno lo hace mejor, los otros dos también lo hacen, y viceversa. El análisis del personal de mantenimiento es necesario para comprender cómo, a través de su trabajo, pueden afectar la confiabilidad y accesibilidad de los equipos biosanitarios.

La confiabilidad en los sistemas de salud es esencial. Para conseguirlo necesitarás:
1-Invertir en capital, reconociendo que las cosas baratas pueden ser caras a largo plazo. La evidencia científica ha demostrado que la inversión de capital en actividades de prevención es necesaria para la prevención cuando se trata de la salud de los ciudadanos.

2-Arregla el mantenimiento más tarde. Los criterios analizados en este estudio fueron características del personal de mantenimiento, experiencia, capacidad de decisión,

3-El proceso de comunicación y la capacidad de planificar y organizar, es importante es la amplitud de estos expertos y equipos.

En conclusión debemos tener en consideración que los profesionales como son los calefactores, deben estar completamente formados para optimizar los recursos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha descubierto que los siguientes factores adicionales están relacionados con la mejora de la mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad: la capacidad de los profesionales, la planificación previa del mantenimiento y la facilidad con la que el equipo de trabajo puede realizar el mantenimiento. Además, este personal debe conocer los diversos sistemas y herramientas que utilizan en el trabajo.

La capacidad de completar una tarea de planificación de manera efectiva se verá favorecida por el conocimiento de estos criterios.

6 Bibliografía

1. Depestre, L. O. L. (2012). Del Mantenimiento Correctivo al Mantenimiento Centrado en la Confiabilidad. Revista Centro Azúcar, 39(3).

2. Rivera Estay, J. L. (2015). Modelo de toma de decisiones de mantenimiento para evaluar impactos en disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad y costos.

Capítulo 457

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y EL MANTENIMIENTO DE UNA CALDERA DE UN HOSPITAL

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

1 Introducción

La sala de calderas, que está específicamente diseñada para la puesta en marcha y mantenimiento de instalaciones térmicas y de vapor, incluye también el aislamiento y todos los accesorios, como el tanque de purga, el tanque de expansión de purga y toda la tubería de suministro de vapor. a la sala de esterilización del centro médico.

Las tres categorías principales de mantenimiento de calderas son:

1. Mantenimiento preventivo: dado que la ley estipula que las calderas requieren un mantenimiento de rutina, incluso si no se rompen específicamente, es obligatorio. Es más seguro para las instalaciones de la empresa así como para la salud de los trabajadores y más rentable porque permite detectar posibles averías antes de que se produzcan y evita poner en peligro la continuidad de la producción.

2. Mantenimiento predictivo.

3. El mantenimiento correctivo: es más costoso que el mantenimiento preventivo o predictivo porque requiere el reemplazo de equipos completos o partes individuales.

Cuando se ponga en práctica este plan de mantenimiento, se logrará la calefacción de un hospital como resultado de un funcionamiento confiable, seguro y optimizado de la caldera.

Una de las solicitudes más frecuentes en la industria sanitaria es la personalización de la instalación de generadores de vapor instantáneos para cumplir con los requisitos particulares. Por ello, los calefactores hospitalarios notan en ocasiones que los depósitos y conductos de agua caliente emiten calor al exterior si los equipos e instalaciones no están bien aislados, con la pérdida de calor y eficiencia que ello conlleva.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de las rutinas del personal de mantenimiento por el calefactor de un hospital.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo se ha realizado una investigación utilizando una revisión bibliográfica de la literatura científica ya publicada.

Las bases de datos principales, Pubmed, Medline, Google Scholar y Scielo, se han utilizado para consultar los artículos y realizar una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Para la instalación, calefacción, sistemas de esterilización y equipamiento de cocina, las plantas de vapor aportan este elemento en forma de agua caliente. Sin embargo, ocasionalmente la energía térmica se pierde en los túneles que conectan las instalaciones de varios edificios.

Para conseguir un funcionamiento óptimo de todos los equipos, especialmente en calderas y quemadores para evitar incidencias y paradas que interfieran en las labores de generación de electricidad, el calefactor hospitalario debe estar más pendiente del mantenimiento que de las reparaciones.

Existen cinco frecuencias para el mantenimiento de calderas industriales.

1-El mantenimiento diario es el primer paso.

- Comprobación de combustión y nivel de agua.
- Limpiar la superficie, el nivel y el fondo.
- Limpieza del agua según un horario predeterminado.
- Examinar cómo se relacionan la presión del vapor, el consumo de agua, la presión del gas de combustión y la presión y la temperatura del agua de alimentación.

2- Mantenimiento semanal. Se verifican varios parámetros, incluido si las válvulas de combustible cierran correctamente, si las conexiones de aire y combustible funcionan correctamente, si los sistemas de luces de alarma y las conexiones de seguridad funcionan correctamente y si hay fugas, vibraciones o ruidos inusuales.

3- Mantenimiento semestral. Implica inspeccionar los componentes refractarios y eléctricos, limpiar la llave de nivel de agua y verificar la bomba de aceite, el filtro de aire, la alineación del compresor, etc.

4- Mantenimiento anual. Es necesario inspeccionar la cámara de agua, limpiar los tubos de fuego y revisar el interior del contenedor.

5- Cinco años de mantenimiento. No todas las empresas de mantenimiento de calderas brindan este servicio; es la revisión de parámetros a largo plazo (como la prueba hidráulica de la caldera).

5 Discusión-Conclusión

Como personal de mantenimiento y de calefacción de hospitales hemos llegado a la conclusión de que el mantenimiento preventivo nos permite tener un historial, conocer el estado de las calderas y sus equipos auxiliares, identificar las posibles causas de las averías para poder solucionarlas y para aumentar la confiabilidad y de disponibilidad del equipo. Por el contrario, el mantenimiento correctivo implica cambiar o reemplazar las piezas en el calentador, que es un proceso más lento y más costoso.

Debe estar completamente capacitado y continuar su educación en la posible configuración y en el mantenimiento de calderas el calefactor de un hospital.

6 Bibliografía

1.<https://blog.suner.es/mantenimiento-de-calderas-industriales>.

2.<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9274/COSANATAN%20FLORES%2C%20ADOLFO%20ENRIQUE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Capítulo 458

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y EL RIESGO DE INCENDIO EN UN HOSPITAL

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

1 Introducción

Los hospitales, al igual que otros edificios, presentan los problemas típicos que surgen al alojar a muchas personas, pero también tienen una serie de problemas únicos.

- Ocupación: Existen diferentes tipos de pacientes, tanto válidos como inválidos, que pueden ser evacuados o no, así como familiares, personal médico y otro personal cuya evacuación está ligada a la de los pacientes.
- Situaciones de riesgo múltiple: Hay dos que se deben tener en cuenta: la presencia de espacios donde existe un alto riesgo de incendio pero un riesgo moderado para las personas (como la cocina).

Las áreas con bajo riesgo de incendio pero alto riesgo para las personas incluyen lavanderías, laboratorios, almacenes y pisos de hospitales. quirófanos, unidades de cuidados intensivos).

- Funcionamiento continuo e ininterrumpido, a pesar de que algunos departamentos (calderas, archivos y almacenes) no tienen casi actividad y pueden pasar largos periodos sin vigilancia.

Las constantes iniciativas de reforma dificultan la actualización de los planos de construcción.

Las estadísticas muestran que casi la mitad de todos los incendios (47%) tienen lugar durante la noche. Los humos son el subproducto más peligroso de la combustión porque afectan significativamente la respiración y la visión, lo que dificulta apagar incendios y evacuar a las personas. Los gases más peligrosos para las personas son aquellos que son tóxicos e incluso pueden llegar a ser corrosivos en algunos casos.

La mayoría de las muertes por incendios resultan de humos y gases, ya sea directamente, por inhalación o como resultado del pánico y la desorientación severa que causan.

2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo que pueden producir un incendio en el hospital y cómo el personal de mantenimiento (el calefactor) puede conseguir unos riesgos mínimos.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo se ha realizado una investigación utilizando una revisión bibliográfica de la literatura científica ya publicada.

Las bases de datos principales, Pubmed, Medline, Google Scholar y Scielo, se han utilizado para consultar los artículos y realizar una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Todo hospital debe contar con un plan general de prevención de incendios para garantizar que diferentes tipos de materiales combustibles no pueden coexistir en un mismo lugar al mismo tiempo que diferentes fuentes de ignición (eléctrica, térmica, mecánica o química).

La disposición de los residuos se hará en contenedores de chapa con cierre hermético y automático, y el almacenamiento de líquidos inflamables se realizará en

un departamento separado para uso exclusivo.

Las intervenciones que involucren inflamables se realizarán en áreas bien ventiladas, manteniendo un orden estricto y una limpieza meticulosa en lugares de riesgo.

De acuerdo con la instrucción número 7 del Reglamento de Aparatos a Presión (ITC-MIE-AP-7), las botellas y botes de gas comprimido, licuado y disuelto deben estar siempre correctamente identificados y manipulados únicamente por personas calificadas. , junto con las instrucciones de uso, deberían estar disponibles allí. Es imposible tener cerca botellas llenas y vacías.

Entre los pasos preventivos, descubrimos:

- A nivel de fuentes de calor: la ausencia de llamas abiertas en todo el hospital, el uso de superficies calientes en lugar de las mismas, la presencia de un técnico capacitado para realizar procedimientos de riesgo.

Alumbrado eléctrico: Se modificará la instalación eléctrica para cumplir con la normativa hospitalaria vigente.

- El mantenimiento correcto de la máquina, evitar el uso de herramientas que puedan producir chispas y mantener los líquidos inflamables fuera de los recipientes metálicos son ejemplos de fuentes mecánicas.

- Control y almacenamiento seguro de los reactivos químicos que pueden provocar una combustión y posteriormente un incendio a nivel de las fuentes químicas. Deben existir medidas adicionales de protección contra incendios porque estas medidas solo reducirán el riesgo de incendio, no lo eliminarán por completo.

Es fundamental contar con sistemas confiables de detección y alarma de incendios porque, si bien cualquier incendio puede contenerse y apagarse fácilmente en sus primeras etapas, si se propaga y no se descubre a tiempo, los pacientes y el personal pueden correr peligro de muerte, lo que resultaría en la pérdida de artículos de valor incalculable, una evacuación forzada y destrucción.

5 Discusión-Conclusión

Los hospitales son lugares particularmente sensibles al riesgo de incendio porque afecta a las personas que necesitan ser evacuadas, incluidas aquellas con movilidad limitada, los ancianos y las personas con discapacidades, cada una de las cuales tiene necesidades únicas. Sin embargo, la cantidad de departamentos, incluidos quirófanos, unidades de cuidados intensivos, centros de atención y cuidado, laboratorios, cocinas y almacenes, aumenta el riesgo.

Conocer tanto las medidas preventivas como las de protección es crucial porque el riesgo de incendio es un tema importante a nivel hospitalario. Como resultado,

es crucial que los técnicos de mantenimiento conozcan todos los dispositivos disponibles y cómo usarlos correctamente para prevenir incendios. Esto además de recibir capacitación periódica sobre el tema y participar en simulacros.

6 Bibliografía

1. Sistemas de agua contra incendios.<https://www.mscbs.gob.es> pdf.
2. Prevención de los incendios en hospitales - cidbimena. <http://cidbimena.desastres.hn> ops >.

Capítulo 459

EL CELADOR EN LA ZONA DE QUIRÓFANOS

MARÍA JOSÉ DE LA TORRE ARROYO

1 Introducción

La zona de quirófanos en un hospital es un entorno altamente especializado y crucial para la realización de procedimientos médicos y cirugías. En este ámbito, la presencia y funciones del celador desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento eficiente y seguro de las actividades quirúrgicas. El celador en la zona de quirófanos no solo se encarga del traslado de pacientes, sino que también desempeña un papel clave en la preparación, organización y apoyo logístico que se requiere para llevar a cabo procedimientos médicos con éxito.

En esta exploración, exploraremos las responsabilidades y tareas del celador en la zona de quirófanos. Desde la preparación de los quirófanos hasta la asistencia durante los procedimientos, el celador es una figura esencial que garantiza que todo fluya sin problemas y que tanto los pacientes como el personal médico estén respaldados de manera efectiva en este entorno altamente especializado y demandante.

El celador utiliza otros colores diferentes a la vestimenta que se utiliza en el resto del hospital. La ropa debe de ser de algodón, con tejido o malla fuerte para dificultar el paso de los gérmenes.

Los colores de la ropa de quirófano, y sobre todo las batas, deben ser sólidos, relajantes y que absorban la luz, de manera que no refleje la luz emitida por las lámparas. Los colores mas usados son, el verde quirófano, azul verdoso y verde aceituna.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en la zona de quirófanos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El rol del celador en la zona de quirófanos es de suma importancia para asegurar el funcionamiento fluido y seguro de los procedimientos quirúrgicos. Las funciones del celador en esta área abarcan una amplia gama de responsabilidades que contribuyen al éxito de las cirugías y al bienestar de los pacientes. Algunas de las funciones clave del celador en la zona de quirófanos son:

- Preparación de Quirófanos: El celador colabora en la preparación y limpieza de los quirófanos antes y después de cada procedimiento. Esto incluye la disposición de equipos, suministros médicos y la verificación de que todo esté en condiciones óptimas.
- Traslado de Pacientes: Una de las funciones principales del celador en la zona de quirófanos es el traslado de los pacientes desde las salas de espera o camas hospitalarias hacia el quirófano y luego a la sala de recuperación.
- Asistencia a Pacientes: El celador brinda apoyo y confort a los pacientes antes de entrar al quirófano, ayudándoles a sentirse seguros y tranquilos en un momento potencialmente estresante.
- Coordinación con el Personal Médico: El celador colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería en la transferencia segura de pacientes, asegurando que se sigan los protocolos y directrices de seguridad.
- Movilización de Equipos: El celador puede ayudar en la movilización de equipos quirúrgicos, camillas y otros elementos necesarios para el procedimiento.
- Entrega de Muestras y Suministros: En algunos casos, el celador puede ser responsable de entregar muestras y suministros a los quirófanos según las necesidades del personal médico.

- Apoyo Logístico: Durante la cirugía, el celador puede estar disponible para proporcionar cualquier soporte logístico necesario, como el traslado de equipos adicionales o el mantenimiento de un flujo continuo de materiales.
- Limpieza y Desinfección: Después de cada cirugía, el celador contribuye a la limpieza y desinfección del quirófano, asegurando que el entorno esté listo para el siguiente procedimiento.
- Mantenimiento de la Privacidad: El celador se asegura de que se mantenga la privacidad y la dignidad de los pacientes en todo momento, respetando sus necesidades y emociones.
- Colaboración en Emergencias: En situaciones de emergencia, el celador puede ser parte del equipo de respuesta rápida, ayudando en la movilización de pacientes críticos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la zona de quirófanos es de una importancia inestimable para el éxito y la seguridad de los procedimientos quirúrgicos. Su labor va más allá del simple traslado de pacientes, ya que desempeña una serie de funciones cruciales que contribuyen directamente a la atención de calidad y al funcionamiento efectivo de esta área especializada en el hospital.

En última instancia, el celador en la zona de quirófanos juega un papel vital en la misión del hospital de brindar atención médica segura, eficiente y compasiva. Su contribución es un testimonio de su dedicación y compromiso con el bienestar de los pacientes y con la calidad de la atención médica en un entorno crítico. El celador, al desempeñar sus funciones con empatía y profesionalismo, se convierte en un componente esencial en el logro de resultados exitosos en el área de quirófanos y en la prestación de atención médica de la más alta calidad.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 460

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos definen el término "Paciente Terminal" como "el paciente con una enfermedad muy avanzada, activa en progresión, y con un pronóstico vital limitado" (que produce la muerte en un período de tiempo generalmente inferior a 6 meses). En situaciones en las que un paciente se acerca a la muerte, el objetivo de la atención médica es "cuidarlo" física y psicológicamente en lugar de "curarlo". En este sentido, se puede citar específicamente la teoría de Cicely Saunders, que enfatiza la importancia del equipo de cuidados paliativos y del acompañante que trabaja con ellos como garante de la comodidad y el bienestar del paciente. Establece que el paciente necesita un cuidado total, que no hay soluciones terapéuticas disponibles y que la única opción que queda es mejorar gradualmente su calidad de vida y maximizar el nivel de comodidad del paciente. Sin olvidar los propios requerimientos de cuidado de la familia ni la propia capacidad del celador

para auxiliar en el cuidado del paciente, tanto el cuidado que los propios familiares brindan como el agradecimiento que manifiestan al cuidador que asiste son cruciales.

Debemos suponer que la mayoría de las unidades de cuidados paliativos están atendidas por los celadores.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es el de demostrar cuáles son las principales responsabilidades del celador en contacto con los pacientes terminales durante sus etapas finales de vida.

3 Metodología

La metodología empleada implicó la revisión bibliográfica de numerosos trabajos, lo que supuso acudir a la revisión normativa ya existente sobre los deberes del celador. Se utilizaron como criterios de búsqueda bases de datos científicas como Pubmed, entre las que se encontraban "celador" y palabras asociadas a pacientes terminales.

4 Resultados

Al ser un miembro del equipo (personal médico, personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, psicólogos, etc.), el papel del celador ante el paciente terminal es crucial. (que debe ser extremadamente cauteloso y profesional en su trabajo porque está brindando cuidados paliativos o de confort al paciente.

La conducta del celador debe estar centrada en mejorar la calidad de vida del paciente, ofreciendo una atención continua e individualizada, fomentando la dignidad del paciente y manteniendo la higiene diaria y permanente tanto del paciente como de la unidad del paciente. Es el conjunto creado por la habitación, el mobiliario y los suministros del hospital del paciente.

Frente a los miembros de la familia, el celador debe mostrar un comportamiento extremo y tener cuidado al hablar. El celador debe cultivar la empatía (la capacidad de ponerse en el lugar del otro y comprender lo que siente o piensa) y atender las necesidades psicológicas del paciente hablándole y escuchándolo. Aunque el

enfermo terminal no tiene que pasar por las cinco etapas antes de aceptar la muerte, al menos pasará por dos de ellas.

Las cinco etapas del duelo son:

1. Negación. Es el mecanismo de defensa del paciente frente a la enfermedad.
2. Ira. Fase de ira, disgusto, repugnancia e insatisfacción.
3. Negociación. El paciente hará todo lo posible por retrasar o posponer su muerte, aunque sepa que es inevitable (Pacto).
4. Depresión. Estado de ánimo de desánimo y desesperación.
5. Aceptación. El paciente ya está mental y físicamente preparado para el resultado fatal.

Debido a que cada persona se aflige de manera diferente, el celador debe abordar a cada persona de manera diferente, siempre respetando sus necesidades y creencias religiosas.

5 Discusión-Conclusión

Con base en nuestro análisis, llegamos a la conclusión de que el celador juega un papel crucial en el equipo de profesionales médicos que brinda atención a los pacientes que se acercan al final de sus vidas.

El objetivo principal del celador debe ser la comodidad del paciente durante la fase terminal. Para ello, debe comprender las etapas por las que puede pasar antes de aceptar la muerte y ponerse en el lugar del paciente para brindar una atención eficaz.

El celador y el resto del personal médico se beneficiarían enormemente de una formación especializada en cuidados paliativos o de confort para tratar adecuadamente a las familias y los pacientes con enfermedades terminales.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 461

EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITALARIA. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE NEONATO

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

1 Introducción

Se entiende como paciente neonato aquel paciente recién nacido. Este término es utilizado por el equipo sanitario durante las primeras cuatro semanas de vida del niño.

El periodo neonatal es considerado uno de los periodos más importantes por los que pasa el recién nacido, puesto que supone unos grandes cambios importantes para su desarrollo evolutivo. Algunos cambios producidos durante el periodo neonatal son:

- Establecer unas pautas de alimentación. La alimentación es una de las grandes preocupaciones de los papás del niño, por lo que el servicio de neonatología les ayudará y les implantará unas pautas de alimentación que deben seguir con el recién nacido.
- Establecer la conexión entre los papás y el recién nacido, produciendo el apego tan necesario para los bebés.
- Vigilar futuras infecciones producidas durante los cuidados básicos del bebé, ya que comienzan siendo menores y pueden presentar un alto riesgo de infección y gravedad para el pequeño.
- Vigilar los posibles defectos congénitos, los cuales es necesario trabajar con profesionales especialistas.

Por norma general, los recién nacidos que son ingresados en el servicio de neonatología de un centro hospitalario son aquellos bebés que presentan algún problema de salud, por pequeño que sea, puesto que es un servicio que se encuentra vigilado las 24 horas por un equipo médico y de enfermería especializado en los cuidados del recién nacido.

2 Objetivos

- Definir el término de neonato.
- Conocer a rasgos generales el periodo abarcado para que un bebé sea considerado neonato, así como los cambios producidos durante este periodo.
- Enumerar las funciones realizadas por los celadores en el servicio de neonatología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador del servicio de neonatología de los centros hospitalarios, por norma general es compartido por el servicio de paritorio, puesto que son dos servicios

que están muy comunicados, al necesitarse mutuamente.

En aquellos centros de mayor envergadura donde existe una gran carga asistencial, existirá la presencia de un celador en el servicio de paritorio y un celador en el servicio de neonatología, pero por norma general, el celador actuará en ambos servicios simultáneamente.

A continuación, se presentarán las funciones realizadas por el celador de neonatología en el servicio de paritorio, y en el propio servicio de neonatología.

Funciones realizadas por el celador de neonatología en el servicio de paritorio.

En el momento en el que un parto, que en un principio se considera que esta todo normal y se va a desarrollar con normalidad, se complica, el matrn pedirá la asistencia inmediata del equipo médico de pediatría, los cuales a su vez, solicitarán que se encuentre presente la incubadora portátil que se encuentra en el servicio de neonatología, por lo que el celador de neonatología deberá trasladar en la mayor brevedad posible la incubadora portátil al servicio de paritorio e introducirla en la propia sala de partos.

En la mayoría de las ocasiones el equipo médico de pediatría consigue estabilizar al recién nacido y este al momento presenta buenas constantes, por lo que no es necesario el traslado del menor al servicio de neonatología. Sin embargo, aquellos recién nacidos que no presenten buenas constantes o problemas respiratorios, serán trasladados al servicio de neonatología en el interior de la incubadora portátil.

La persona encargada del traslado de la incubadora portátil es el celador adscrito al servicio de neonatología, el cual será acompañado por un equipo médico y de enfermería durante el traslado del recién nacido.

Funciones realizados por el celador en el servicio de neonatología.

- Traslado de muestras biológicas al servicio de laboratorio.
- Traslado de muestras cruzadas al banco de sangre.
- Traslado de medicación desde el servicio de farmacia.
- Traslado al neonato que es dado de alta a la planta de tocología del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno en el servicio de neonatología. Funciones del celador con el paciente neonato” nos demuestran las actuaciones de los celadores dentro del servicio de neonatología.

Por norma general, es un servicio que no presenta mucha actividad laboral puesto que la mayoría de los recién nacidos no presentan problemas de salud al nacer; sin embargo, en aquellos casos en los que sí se presenta algún problema de salud es muy importante que el equipo profesional que interviene en dicho servicio tenga la capacidad de actuar rápidamente y sin perder los nervios, puesto que al mismo tiempo tienes que atender al recién nacido y no poner nerviosos a los recién papás, que evidentemente no se separarán de su bebé.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 462

FUNCIONES DEL PERSONAL SUBALTERNO EN LOS CENTROS DE SALUD. INFORMACIÓN, VIGILANCIA Y AUXILIAR AL RESTO DE CATEGORIAS PROFESIONALES

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

1 Introducción

El centro de salud se puede entender como el lugar físico donde se desempeña una atención médica y asistencial a la población en un primer nivel. Cuando la actuación realizada sobre el paciente en este primer nivel se queda corta, el paciente debe acudir al segundo nivel, es decir, a los centros de asistencia especializada como son los centros hospitalarios.

Los pacientes que tienen que acudir al centro hospitalario debido a que el primer nivel de asistencia no soluciona sus problemas de salud, tienen que hacerlo por las siguientes vías:

- Acudir por su propia cuenta al servicio de urgencias de atención especializada, es decir al servicio de urgencias del centro hospitalario.
- Acudir a la atención especializada a través de una consulta externa, derivado por el médico de cabecera de atención primaria.

El equipo profesional que desempeña su actividad laboral en el centro de salud se encuentra bajo la supervisión y dirección de un director médico, el cual se ocupa de conseguir un correcto funcionamiento de la asistencia médica en el centro de salud.

En aquellas áreas donde la población es inferior la localización física de la atención sanitaria serán los consultorios locales, siendo derivados al municipio de cabecera establecido para una atención integral y continuada cuando el consultorio local se encuentre cerrado.

2 Objetivos

- Definir el concepto de centro de salud.
- Conocer las vías por las cuales los pacientes acuden al segundo nivel de asistencia médica.
- Enumerar las funciones ejecutadas por los celadores adscritos a los centros de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El número de celadores que desarrollan su actividad laboral en los centros de salud dependerá de la carga de trabajo, de la población atendida y de la propia organización establecida por la dirección médica del centro de salud.

A continuación, se enumerarán una a una las funciones ejecutadas por los celadores en el centro de salud, en relación con la seguridad, información, mantenimiento del orden y ayuda al resto de categorías profesionales.

- Funciones relacionadas con la seguridad. o El celador será el encargado de abrir y cerrar el centro sanitario y las consultas médicas y de enfermería. Para ello se deberá asegurar de que no quede nadie en el interior de ninguna consulta una vez se proceda a cerrar. o Cuando un categoría profesional necesite abrir cualquier consulta, le solicitará al celador que le acompañe y le abra la consulta.
- Funciones relacionadas con la información. o El celador será el encargado de informar al usuario y pacientes de la localización de las consultas médicas y de enfermería. Para lo cual dispondrá de un listín donde se encuentren recogidas todas las consultas y la persona encargada de dicha consulta.
- Funciones relacionadas con el mantenimiento del orden. o El celador será el encargado de mantener el orden en el interior de la institución, para lo cual pedirá silencio continuamente.
- Funciones relacionadas con la ayuda al resto de categorías profesionales. o Ayudar al equipo médico a movilizar al paciente durante las exploraciones médicas. o Ayudar al equipo de enfermería a movilizar al paciente durante las curas. o Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a movilizar al paciente durante el cambio de pañal. o Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a desvestir al paciente. o Ayudar al auxiliar administrativo con el reparto de documentación: partes de baja, partes de alta, resultado de analíticas, informes médicos... o Ayudar al auxiliar administrativo con el envío de citaciones. El celador recogerá las cartas con las citaciones y las trasladará al servicio de correos de la localidad.
- Funciones relacionadas con la ayuda al paciente. o Trasladar al paciente en silla de ruedas desde la entrada a la institución hasta la consulta médica o de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Funciones del personal subalterno en los centros de salud. Información, vigilancia y auxiliar al resto de categorías profesionales” nos demuestra la importancia de contar con la presencia del personal subalterno en los centros de salud, puesto que al no ser una categoría sanitaria que desempeñe unas funciones en concreto, realiza una gran variedad de funciones de las cuales se beneficia tanto el resto de las categorías profesionales como los pacientes, usuarios y familiares, facilitando de esta manera el correcto funcionamiento del centro de salud y dando una asistencia integral.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 463

LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. EL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

1 Introducción

Las unidades de media estancia de psiquiatría se pueden definir como aquellas unidades donde son ingresados los pacientes psiquiátricos que requieren de atención médica, pero que gracias a la medicación no presentan graves crisis como para ser ingresados en los centros hospitalarios con pacientes más severos.

La localización física de estas unidades de media estancia se suelen encontrar a las afueras de las localidades, o en aquellas zonas donde tengan amplitud de movimiento dentro del recinto amurallado o enverjado.

Los pacientes son internados en estas unidades durante un tiempo limitado, si fuese necesario su internamiento para larga duración deberán ser trasladados a

las unidades de larga estancia. El tiempo de duración que suelen estar los pacientes psiquiátricos internados en estas unidades varían entre los 15 días a los dos años, y la edad de internamiento va desde los 18 años en adelante.

Las visitas a los pacientes internos están permitidas siempre que sean autorizadas por el médico psiquiátrico bajo un informe de resto de profesionales que intervienen en la mejora del paciente, y cada centro determinará el horario de visitas y la duración de estas. Aquellos pacientes que consigan la autorización del equipo médico para salir del centro sanitario podrán hacerlo durante el finde de semana durmiendo fuera o durante la semana durmiendo en el centro.

2 Objetivos

- Definir el concepto de unidad de media estancia de psiquiatría.
- Conocer el funcionamiento de las unidades de media estancia de psiquiatría.
- Detallar qué pacientes son internados en las unidades de media estancia.
- Enumerar las funciones de los celadores con los pacientes en las unidades de media estancia de psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La actuación del celador con los pacientes psiquiátricos en las unidades de media estancia es continua, puesto que están presentes en la mayoría de las actividades realizadas por los internos.

En estas unidades es común la presencia de un único celador que trabaja juntamente con otras categorías profesionales para abastecer las necesidades de este tipo de pacientes. El horario de la jornada laboral del personal subalterno dependerá de organización de cada centro, pero suelen ser turnos de 12 horas (un celador de día y un celador de noche) o de 24 horas (un celador durante todo el día y toda la noche).

Como se ha mencionado en la introducción a este capítulo científico, los internos que reciban la autorización del equipo multidisciplinar podrán salir y realizar actividades en el exterior del recinto, por lo que el celador desarrollará actuaciones con los pacientes tanto en el interior como en el exterior.

Funciones del celador en el exterior del recinto.

Para los desplazamientos desde la unidad de media estancia la unidad dispondrá de una furgoneta para capacidad de 7 a 9 personas, encargándose el celador de su conducción.

- Trasladar a los pacientes desde la UME hasta el punto de recogida de los pacientes cuando tienen permiso para una salida familiar.
- Recoger a los pacientes en el punto de recogida cuando se finalice el permiso.
- Trasladar a los pacientes al centro de salud o centro hospitalario si tienen consulta médica de otra especialidad.
- Trasladar a los pacientes al juzgado si tienen cita con el juez.
- Trasladar a los pacientes a la policía nacional si tienen que renovar el carnet de identidad.
- Realizar actividades exteriores en el centro de la localidad.
- Realizar actividades exteriores de senderismo en las afueras de la localidad.
- Acompañar a los pacientes a que compren el material necesario de aseo diario.
- Acompañar a los pacientes fumadores al estanco para la compra de tabaco.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Las unidades de media estancia de psiquiatría. El celador con el paciente psiquiátrico en las unidades de media estancia” nos demuestra las actuaciones realizadas con los pacientes ingresados en la unidad de media estancia en el exterior del recinto.

Es importante destacar, que durante las actividades exteriores el celador nunca irá en solitario con los pacientes, siempre será acompañado por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería y estarán en continua comunicación con el personal que se ha quedado en la unidad de media estancia. Del mismo modo, ante cualquier cambio de actuación del paciente, se suspenderá la actividad y se iniciará de manera inmediata el regreso al centro.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
2. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 464

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y SU PAPEL EN LOS SISTEMAS DE AGUAS CALIENTES DE UN CENTRO HOSPITALARIO

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

El Instituto Nacional de Salud (1990) afirmó que el objetivo principal del sistema sanitario español es "garantizar la salud de los ciudadanos y usuarios, así como intervenir cuando se pierda". Por lo tanto, debe construirse sobre un sistema de producción que esté respaldado por personal, herramientas técnicas y tecnología sobre una base triangular.

La ausencia de cualquiera de estos tres pilares imposibilitaría el adecuado mantenimiento de los servicios de salud. Por ello, es importante garantizar que el diseño de las instalaciones y el diseño de los equipos sea el adecuado, que el trabajo se realice correctamente, que los equipos estén correctamente montados y que el servicio de mantenimiento sea continuo, eficaz y eficiente.

Las instalaciones de fontanería son una necesidad dentro de un centro hospitalario. El fontanero es el personal cuya presencia es necesaria, ya que es el encargado del mantenimiento de toda la instalación y sistema de fontanería.

El mantenimiento de los servicios hospitalarios se traduce en:

- Diagnósticos de averías y averías más rápidos.
- Menor daño consecuencial.
- Las revisiones se realizan con mayor frecuencia.
- Una disminución en las interrupciones de oficina.
- Elimina las revisiones sin sentido.
- Hay menos problemas de desgaste.
- Se eliminan las piezas no fiables.

Se pone mayor énfasis en los requisitos para el mantenimiento de elementos, componentes y puntos críticos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar el mantenimiento a nivel hospitalario del personal de fontanería en el sistema de aguas calientes de un centro hospitalario.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de diferentes bases de datos, pertenecientes a estudios descriptivos transversales observacionales. Se han utilizado como palabras clave varios DECS (descriptores de la salud) mediante los que se ha conseguido encontrar los artículos necesarios en bases científicas para la realización del trabajo. Se han utilizado las siguientes palabras clave: mantenimiento, aguas calientes, hospital, beneficios. La búsqueda se ha restringido a los últimos diez años.

4 Resultados

Cuando hablamos de mantenimiento hospitalario nos referimos a “las acciones encaminadas a asegurar el correcto funcionamiento, aumentando la confiabilidad de los sistemas, instalaciones y equipos de ingeniería básica del hospital, mediante la realización de actividades de organización, dirección, planificación, ejecución y control”. Si bien el servicio de mantenimiento no produce beneficios

por sí mismo, sí, como se mencionó anteriormente, evita un aumento en los costos a largo plazo y sirve como indicador del calibre de la atención.

Es importante asimismo tener en consideración que en circuitos de agua caliente sanitaria con recirculación y retorno, evidentemente, en ningún caso debe permitirse la mezcla de cobre y acero galvanizado.

Primero se debe despejar la ubicación del fallo para poder realizar cualquier tipo de reparación. Se aconseja dejar los grifos abiertos un rato después de realizar cualquier reparación.

Todas las canalizaciones metálicas irán conectadas a la red de puesta a tierra según determine el REBT. Las tuberías que se utilizan como componentes de puesta a tierra están totalmente prohibidas.

Sólo tendrá acceso a la sala de contadores el personal autorizado y el personal de la empresa suministradora de mantenimiento. Debe tener un sistema de ventilación confiable, asegurándose de que nada esté bloqueado.

Consultar con la empresa suministradora o con el servicio técnico si existen anomalías en la instalación. Las tuberías, accesorios o aparatos serán inmediatamente reparados en caso de fuga o mal funcionamiento.

Debemos asegurarnos de que la red de agua caliente funciona correctamente para conseguir un rendimiento energético óptimo.

Revisiones periódicas: el personal de fontanería de un centro hospitalario suministradora deberá inspeccionar la instalación y el contador general cada cierto tiempo, así como tendrá que examinar los anclajes de la red de agua visible cada cuatro años, realizara una prueba de fugas.

5 Discusión-Conclusión

En diversos campos y áreas hospitalarias, los sistemas de salud necesitan un mantenimiento constante y confiable.

El agua caliente se ve especialmente afectada por un mantenimiento que prioriza la confiabilidad y la prevención, lo cual es crucial para el buen funcionamiento de los servicios de saneamiento.

Por ello, es crucial que estas instalaciones implementen planes de mantenimiento preventivo.

Los programas de mantenimiento preventivo utilizados dentro de una institución sanitaria, han producido excelentes resultados, no solo en términos de ahorro de costos sino también en términos de calidad de atención al paciente y satisfacción laboral por parte del fontanero de un centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. Triviño Merizalde, H. V., & Valderrama Palma, D. G. (2019). Desarrollo de plan de mantenimiento del sistema de climatización en el área quirúrgica del Hospital General de Quevedo (Bachelor's thesis, Quevedo-UTEQ).
2. Ramírez García, J. I., & Solorza Guzmán, G. E. (2018). Propuesta de plan de mantenimiento preventivo en equipos de climatización, refrescamiento y aguas calientes sanitarias presentes en el hospital San Agustín de florida, región del Biobío, Chile.

Capítulo 465

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y LA REPARACIÓN DE LOS GRIFOS DE LOS HOSPITALES

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

Es muy normal que exista alguna que otra avería de fontanería en un centro hospitalario es bastante común, ya que se utilizan diferentes aparatos, y que por su uso hace que se desgasten y que se produzcan este tipo de dificultades o averías que pueden desbaratar el día a día de los centros sanitarios.

Cuando un grifo gotea, generalmente se debe a que los componentes que lo componen están desgastados y no pueden hacer su trabajo correctamente. Debido a que tendremos el fontanero tiene que desarmar todo el grifo y reemplazar las partes defectuosas, por eso necesario que el personal de fontanería posea conocimientos básicos de fontanería para poder arreglar este tipo de averías.

Los fontaneros son los profesionales ideales para manejar este tipo de problemas (si hay roturas en los desagües o no) y evitar posibles daños a los usuarios de los centros sanitarios.

Aunque esta reparación menor no es particularmente difícil, requiere algo de experiencia en fontanería y por parte del personal de fontanería.

Un grifo tradicional está formado por los siguientes elementos:

- La cabeza móvil.
- La tuerca del retén cubierta por un refuerzo de metal.
- El eje.
- El casquillo.
- El conductor de empalme.
- La zapata.
- El cuerpo del grifo.
- El asiento.

2 Objetivos

- Conocer la función en la reparación de un grifo por parte del personal de fontanería en un centro hospitalario.
- Conocer los diferentes tipos de grifos que existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases d datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una fuga en un grifo puede ocurrir por una variedad de razones y en varios puntos:

1. Si gotea agua de la tubería, lo más probable es que tenga una zapata rota o, si el grifo es muy viejo, el asiento contra el que presiona el zapato puede estar desgastado.
2. La junta tórica debe cambiarse cuando el flujo de agua del grifo se produce por debajo del cabezal, como en los modelos monobloque.

Veamos los procedimientos de reparación de los diferentes tipos de grifos:

- Para reemplazar la zapata en un grifo tradicional, realice las siguientes acciones:
 - o Abra el grifo después de drenar la tubería de suministro y luego desmonte el grifo.
 - o El enchufe se hace visible justo encima del cuerpo del grifo desenroscándolo y levantando la tapa.
 - o Una vez que se pueda levantar toda la unidad y separarla del mecanismo superior, desenrosque el buje. La parte inferior del mecanismo superior acepta el conducto de empalme, al que se une la zapata. Un conductor con un zapato puede partir con el dispositivo superior en algunas grúas.
 - o La zapata se reemplaza por una nueva cuando está a la vista.
 - o Se hace para armar cada componente de la grifería.

3. Grifos mezcladores monobloque: Una arandela o junta tórica sella la base del caño en un grifo mezclador monobloque. Es necesario cerrar el suministro de agua antes de desmontar el tornillo para liberar el mezclador e identificar el tipo de repuesto que debe sustituirse en caso de que haya una fuga en esta junta.

Los siguientes son los pasos para reemplazar la junta tórica:

- Se quita la cabeza recubierta del grifo.
- Se quita la arandela.
- Se extrae del eje del grifo.
- Para instalar la nueva junta tórica, la anterior debe sacarse de su ranura.
- Se monta de nuevo el grifo.

5 Discusión-Conclusión

La fontanería es una profesión antigua y consolidada, pero debido a los avances tecnológicos que vive nuestra sociedad, el personal de fontanería que se dedican a ella, necesitan una formación continua y renovada para ampliar sus conocimientos y potenciar lo que ya saben para adaptarse a los cambios y desempeñar su trabajo con la máxima calidad y nivel de profesionalismo dentro de los centros sanitarios.

La reparación de los grifos y desagües es responsabilidad del personal de fontanería. No importa de qué tipo de material estén compuestas (acero, cobre, PVC, plástico) o estén hechas las tuberías, si tienen fugas o no.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 466

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y SU ACTUACIÓN EN LAS PISCINAS TERAPÉUTICAS EN CENTROS HOSPITALARIOS

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

MIGUEL VELASCO TORRES

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

Durante mucho tiempo se ha pensado que el agua tiene propiedades medicinales y curativas. Actualmente, las piscinas son algo más que un lugar para relajarse. La hidroterapia, también conocida como hidrotterapia, es una forma de rehabilitación clínica en la que se tratan, previenen o recuperan determinadas patologías mediante ejercicios y técnicas que se realizan en el agua.

Sin embargo, las piscinas son un centro importante para la gastroenteritis bacteriana y viral, la criptosporidiosis, la giardiasis, la legionelosis y otras enfermedades que causan estas concentraciones de bacterias y virus.

La sensación de gravedad es menos intensa en el agua que en el exterior, lo que acelera el proceso de curación de las heridas físicas. Es uno de los métodos que

más utilizan los establecimientos de tratamiento que ofrecen este tipo de atención.

Hoy en día, un número considerable de hospitales cuentan con instalaciones de piscinas.

Por ello, para evitar que estas enfermedades se propaguen, es fundamental gestionar y desinfectar adecuadamente el agua de estas piscinas.

Para mantener el agua limpia y libre de virus y bacterias, así como sus pisos y paredes, y el espacio en el que se ubican, el personal de mantenimiento de los centros hospitalarios se ve obligado a realizar una serie de procedimientos periódicamente. Estos procedimientos se recopilan en este capítulo.

2 Objetivos

Conocer las medidas que el personal de fontanería de los centros hospitalarios debe aplicar y llevar a cabo para realizar el correcto mantenimiento de las piscinas que se utilizan con fines medicinales.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha utilizado una metodología activa de búsqueda y revisión bibliográfica de información en diversos estudios clínicos y universitarios, así como en webs sanitarias y páginas de organizaciones institucionales. Así mismo, también se han consultado manuales especializados en el mantenimiento de piscinas.

4 Resultados

Las piscinas de rehabilitación de un centro hospitalario, es una de las herramientas eficaces que constituyen para el tratamiento y recuperación de los pacientes en ciertas patologías y enfermedades, pero, de no llevar el correcto mantenimiento de las mismas también pueden ser un importante foco de enfermedades por la acumulación de virus y bacterias.

Con algunas excepciones, el mantenimiento de las piscinas de rehabilitación de las instalaciones hospitalarias es similar al de otras piscinas de uso común.

El personal de mantenimiento de fontanería, en primer lugar, se utiliza un proceso de bombeo de agua para introducir agua de la red general en la piscina. El agua debe pasar por filtros de arena que atrapan las impurezas antes de llegar al

vaso. Luego se usa un dispositivo que equilibra el pH y el cloro para procesar el agua. Un pH de entre 7 y 7 puntos debe considerarse ideal.

Una máquina monitorea automáticamente los niveles de pH y cloro para mantener la calidad del agua. También se debe introducir una vez por semana un robot limpiafondos que se encargue de limpiar el suelo, las paredes y las escaleras de la piscina.

Los filtros de área también deben limpiarse de la misma manera. La llave que da acceso desde el tubo del filtro a la piscina debe estar bloqueada para poder realizar esta limpieza. De esta manera, el exceso de agua se drenará. La parte inferior del filtro se utilizará para introducir agua durante 7 minutos. Después de que haya pasado el tiempo asignado, se agrega agua durante tres minutos en la parte superior. La llave que permite que el agua ingrese al vaso de la piscina se vuelve a abrir una vez que se completa este proceso.

Como ya se mencionó, la ubicación de la piscina es tan importante como el agua misma. Como resultado, es necesario reemplazar regularmente los filtros de aire en la habitación donde se encuentra la piscina.

5 Discusión-Conclusión

Además de ser una herramienta útil para el tratamiento y recuperación de algunas patologías y enfermedad de los pacientes que las sufren, las piscinas de rehabilitación hospitalaria también pueden ser un importante foco de enfermedades si no se mantienen limpias y libres de virus y bacterias.

Como resultado, el personal de mantenimiento de las instalaciones hospitalarias, en este caso el fontanero debe limpiar y desinfectar de forma rutinaria el agua, el vaso de la piscina, los filtros que dan acceso al agua y el área en la que se encuentran.

También se deben revisar los niveles de pH y cloro del agua.

6 Bibliografía

1. Mantenimiento de piscinas de rehabilitación. Servicio de Ingeniería. Sección de Climatización, Fluidos Térmicos y PCI. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
2. Organización Mundial de la Salud: www.who.

Capítulo 467

TÉCNICAS Y PROTOCOLOS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR CELADORES

M^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ

1 Introducción

En el contexto hospitalario una labor de suma relevancia y meticulosa es la movilización de pacientes. En este escenario delicado, los celadores desempeñan un rol crucial al asegurar que este procedimiento transcurra de forma segura y eficaz. Este trabajo se sumerge en las técnicas y protocolos esenciales que los celadores deben dominar para llevar a cabo una movilización eficiente, mitigando riesgos y garantizando el confort y bienestar de los pacientes.

En el desarrollo del presente documento se pretende abordar de manera directa las distintas estrategias y enfoques que constituyen el núcleo de una movilización segura y eficiente, profundizando en las premisas anatómicas, las tácticas ergonómicas y los principios comunicativos que se entrelazan para forjar un proceso fluido y confiable.

El proceso de movilización de pacientes por parte de celadores trasciende el aspecto meramente físico, adentrándose en el terreno de la empatía, la destreza técnica y la comprensión integral de las necesidades del paciente. A medida que nos adentramos en este estudio, se tornará patente que la labor de los celadores no solo se limita a trasladar cuerpos, sino a llevar a cabo una danza cuidadosamente coreografiada que respalda la salud, la dignidad y el bienestar de aquellos a quienes sirven.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es explorar, analizar y presentar de manera exhaustiva las técnicas y protocolos fundamentales relacionados con la movilización de pacientes por parte de celadores en el entorno hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La movilización de pacientes dentro del entorno médico plantea riesgos potenciales que requieren atención cuidadosa, y es en esta coyuntura que los celadores desempeñan una función trascendental. Debe llevarse a cabo una evaluación rigurosa de la condición del paciente, determinando si se precisa ayuda adicional o la colaboración con otros profesionales de la salud.

La capacitación en técnicas de transferencia segura es esencial para los celadores. El dominio de la biomecánica es fundamental para reducir la tensión en los músculos y articulaciones. Asimismo, establecer una comunicación efectiva con el paciente es crucial; brindar una explicación detallada de cada paso puede reducir la ansiedad y mejorar la cooperación del paciente.

Los protocolos de movilización deben ser personalizados según las particularidades de cada paciente. Esto es especialmente relevante en casos de restricciones médicas. Los dispositivos de asistencia, como camillas y sillas de ruedas, deben ser utilizados de manera precisa para salvaguardar tanto al paciente como al celador. Consideraciones ergonómicas y posturales son componentes esenciales para una movilización sin riesgos.

El protocolo para mover a los pacientes de manera segura, realizado por celadores, se compone de pasos esenciales. Aquí se resumen los principales:

Evaluación Inicial: Antes de mover al paciente, se evalúa su estado y capacidad para moverse. Esto decide qué ayuda se necesita.

Preparación y Comunicación: Explicar al paciente lo que ocurrirá reduce su ansiedad. El celador debe estar listo físicamente.

Dispositivos de Apoyo: Si se requiere, se utilizan dispositivos como andadores o sillas de ruedas.

Técnicas de Movimiento: Usar técnicas adecuadas para evitar lesiones: doblar rodillas, mantener espalda recta y usar la fuerza de las piernas.

Colaboración del Paciente: Se anima al paciente a participar activamente, moverse o cambiar de posición.

Atención Continua: Mantener contacto visual y hablar con el paciente para asegurar su comodidad.

Posicionamiento Cuidadoso: Al colocar al paciente, asegurarse de su alineación adecuada.

Registro y Comunicación: Después, se registra el proceso en la historia médica y se informa al personal médico.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de pacientes no es un acto meramente físico, sino un ejercicio de humanidad y dedicación. Los celadores ejercen su función con un compromiso que va más allá de mover cuerpos; es un acto de respeto a la dignidad y el bienestar de los pacientes en momentos de vulnerabilidad. La atención meticulosa a las técnicas y protocolos, la empatía en la comunicación y la adaptación a cada situación singular son los pilares de una movilización exitosa. Así, la labor de los celadores se erige como un elemento vital en el proceso de curación y en la búsqueda del bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Rodríguez, A. M. (2020). "Importancia de la formación en movilización de pacientes para celadores". *Journal of Healthcare Training*, 15.
2. García, L. P. (2019). "Protocolos de movilización de pacientes en hospitales públicos". *Revista de Salud y Cuidados*.
3. Ministerio de Salud (2021). "Guía de prácticas seguras para la movilización de pacientes".

Capítulo 468

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL CUIDADO INFANTIL

M^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ

1 Introducción

La atención pediátrica, un ámbito crucial en la medicina, no solo se trata de abordar cuestiones médicas en niños, sino también de considerar sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales en el proceso de tratamiento. En este contexto, la humanización de la atención emerge como un enfoque esencial para garantizar que los pequeños pacientes no solo reciban cuidados médicos adecuados, sino que también experimenten un entorno hospitalario compasivo, cálido y empático. En esta línea, el papel del celador en el cuidado infantil adquiere una importancia trascendental, pues su interacción directa con los niños y sus familias establece la base para la creación de una experiencia hospitalaria que no solo se centre en la salud física, sino que también tenga en cuenta el bienestar emocional de los pacientes más jóvenes.

El celador, a menudo considerado un elemento logístico dentro del equipo hospitalario, desempeña un rol mucho más profundo en este proceso. Más allá de su función de transporte y organización, el celador puede establecer conexiones significativas con los niños, interactuando en momentos clave de su experiencia hospitalaria. Su capacidad para transmitir calidez, paciencia y comprensión puede contribuir a construir una relación de confianza entre el paciente infantil y el entorno hospitalario. Al crear un ambiente menos intimidante y más amigable, el celador se convierte en un aliado valioso en el esfuerzo por humanizar la atención pediátrica.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es explorar y analizar el papel del celador en la humanización de la atención pediátrica.

3 Metodología

Para elaborar este informe se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura referente a las atenciones y el Papel del Celador en el Cuidado Infantil, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se examinaron diversas fuentes como sitios web, publicaciones periódicas y repositorios de información sanitaria.

4 Resultados

En el escenario de la atención pediátrica, la humanización se presenta como un imperativo ineludible, fusionando los aspectos clínicos con el bienestar emocional de los niños. En este contexto, el desempeño del celador adquiere una significación profunda, trascendiendo su función tradicional para convertirse en un catalizador esencial de un entorno hospitalario sensible y empático.

Los niños, por su naturaleza vulnerable y percepción particular del entorno hospitalario, se encuentran expuestos a tensiones singulares. Experiencias negativas pueden dejar una impronta perdurable en su relación con el ámbito médico y la salud en sí misma. En consecuencia, la humanización se alza como un contrapeso indispensable, atenuando las inquietudes y ansiedades que los pequeños pacientes y sus familias pueden experimentar.

El impacto del celador no se limita a lo emocional, sino que también abarca lo físico, generando un entorno y situación de bienestar para el paciente en todo momento. Su contribución al mantenimiento de áreas higiénicas, organizadas y adecuadamente equipadas se torna esencial para el confort de los niños. La colaboración cercana con otros profesionales de la salud para asegurar una atención integral y centrada en el niño se integra en su quehacer, poniendo de relieve su rol en la humanización de la atención.

El celador en el ámbito del cuidado infantil se establece como una parte muy importante en el proceso de humanización de la atención pediátrica. Su presencia amable y participativa en el proceso de atención hospitalaria crea una impronta duradera en las vidas de los pequeños pacientes y sus familias. La apreciación de

esta influencia positiva subraya la necesidad de valorar y dotar de las competencias necesarias a los celadores, consolidándolos como agentes fundamentales en la empresa de brindar cuidados infantiles humanizados.

5 Discusión-Conclusión

En última instancia, el papel del celador en el cuidado infantil va más allá de las tareas cotidianas, convirtiéndose en un protagonista crucial en la construcción de experiencias hospitalarias que promuevan tanto la salud física como el bienestar emocional de los niños. Su presencia afectuosa y comprometida en el proceso de atención médica deja una marca duradera en las vidas de los pequeños pacientes y sus familias. Reconociendo y valorando esta influencia positiva, se refuerza el llamado a implementar prácticas que fomenten la capacitación y el desarrollo de habilidades emocionales en los celadores, en pro de un cuidado infantil que sea humano y empático.

6 Bibliografía

1. Pérez, A. (2018). Humanización de la atención en pediatría: un enfoque centrado en el paciente. *Revista de Salud Infantil*.
2. García, M. J. (2020). El rol del celador en la humanización de la atención pediátrica. *Revista de Cuidados Hospitalarios*.
3. Rodríguez, L. F., & Martínez, R. E. (2019). Impacto de la humanización en la experiencia hospitalaria de los niños. *Enfermería y Cuidados Pediátricos*.

Capítulo 469

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y SU APORTACION EN EL ARREGLO DE CALDERAS DE UN HOSPITAL

SERGIO GARCÍA ZAMORA

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

1 Introducción

No es de extrañar que el administrador hospitalario no esté especializado en sistemas de gestión energética cuando se trata de la administración o mejor gestión de calderas en hospitales; por eso hay mecánicos.

Las calderas industriales de vapor y gas son necesarias para grandes instalaciones sanitarias como hospitales, especialmente para las áreas de lavandería y cocina. Todas estas instalaciones tienen un ambiente limpio y demandan vapor de alta pureza, al igual que el área de esterilización de materiales del hospital.

En una pantalla se muestra el código de error de cada fallo que tiene una caldera. Existe un código específico para cada marca y modelo de caldera. El mecánico

debe usar el manual de instrucciones de la caldera o una búsqueda en línea del código de error para determinar qué error tiene la caldera. Las calderas pueden fallar ocasionalmente por varias razones.

Numerosas cosas pueden salir mal con las calderas de gas, algunas de las cuales, aunque esporádicas, pueden ser un verdadero dolor de cabeza. Para beneficio del mecánico, la mayoría de las calderas tienen una pantalla electrónica en el frente que muestra el tipo de falla.

Para brindar una atención integral a sus pacientes, los centros hospitalarios necesitan calderas.

2 Objetivos

Conocer las funciones del electricista del hospital frente al arreglo de calderas y conocer cuáles son las averías más comunes en ellas.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos. Solo aquellos con contenido pertinente al tema del estudio fueron elegidos para su posterior consideración.

4 Resultados

Las calderas son dispositivos extremadamente seguros debido a los sensores, que les permiten detenerse, que tienen para detectar posibles averías o mal funcionamiento. cuando notan un problema. Los sensores de temperatura traseros y exteriores del sistema de calefacción, el sensor de humo, el sensor de presión de agua y el sensor de temperatura son algunos ejemplos de sensores.

Ahora repasaremos algunos de los defectos más comunes:.

1. La presión dentro de la caldera aumenta a medida que se calienta; si esto ocurre, debe verificar si el vaso de expansión no funciona correctamente; puede estar goteando.

2. Si la membrana del vaso de expansión está perforada, el agua se filtra por el lado donde se supone que debe salir el aire, bajando la presión dentro de la caldera. Se puede presionar la carcasa de la válvula de llenado de aire de un tanque para revelar este defecto.

3. Los radiadores se pueden purgar para eliminar el aire que pueda haber.

4. Debido a que el tanque de expansión debe desmontarse, el costo de la mano de obra aumentará, lo que encarecerá la reparación.

5. La caldera frecuentemente no enciende cuando se abre el grifo por las siguientes razones.

- Reducción de la salida de humos.
- Problema con la sonda de temperatura.
- Existe un problema con el detector de flujo.
- Un problema relacionado con el combustible.

6-Si la caldera arranca pero el agua no se calienta, es posible que una de las válvulas de 3 vías no funcione correctamente.

7. La falla de la bomba hace que la caldera arranque y caliente el agua; sin embargo, cuando falla el sistema de circulación, la temperatura y la presión aumentan y la caldera se obstruye.

5 Discusión-Conclusión

Para que los pacientes permanezcan en el centro hospitalario, si el personal médico lo considera necesario, las calderas son fundamentales en las instalaciones que brindan una atención integral a sus pacientes y usuarios que acuden a él. Esto es crucial para que los pacientes puedan ducharse o asearse cada día. Aunque hay muchos factores que pueden influir en el rendimiento de una caldera, la instalación y el mantenimiento regular son los más significativos y fundamentales. Aquí, un electricista de un centro hospitalario, se utiliza como ilustración y necesitan estar bien capacitados y formados de forma correcta para solucionarlos y reconocer cualquier problema potencial.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 470

PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LAS ÁREAS ESENCIALES DE SUMINISTRO ELÉCTRICO EN LOS HOSPITALES

SERGIO GARCÍA ZAMORA

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

Un hospital con pacientes requiere medicamentos, insumos, médicos, equipos y obviamente también electricidad. Aunque la electricidad y la tecnología prevalecen actualmente no solo en hospitales y centros de salud, sino también en todas las demás áreas, y los sistemas de seguridad eléctrica en los hospitales suelen estar más enfocados en las áreas más críticas, hay algunas áreas que podrían mejorar.

El equipo médico hospitalario requiere energía eléctrica, por lo que cualquier faltante o mal funcionamiento podría poner en peligro la vida del paciente. Para que los hospitales y las instalaciones médicas funcionen correctamente, tanto la

seguridad eléctrica como la energía hospitalaria son cruciales, especialmente en las áreas más cruciales donde se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos, como la sala de operaciones o la unidad de cuidados intensivos. (UCI).

Las áreas de los hospitales donde el riesgo para la atención del paciente es mayor se conocen como áreas críticas. Los ejemplos incluyen la UCI, los quirófanos y las situaciones de emergencia. Aquí, la fuente de alimentación debe estar garantizada y protegida utilizando componentes como sistemas de alimentación ininterrumpida, sistemas de alimentación de TI o conexiones a tierra.

Todos los campos de la tecnología sufrieron cambios con el tiempo. El uso de la tecnología en la industria de la salud se ha incrementado, lo que beneficia la gestión hospitalaria y otros procesos. Sin embargo, hay algunos lugares en el hospital donde el suministro de electricidad podría necesitar algo de trabajo, particularmente el aire acondicionado, la ventilación y la iluminación.

2 Objetivos

Reconocer la vital importancia de la energía eléctrica dentro del hospital y la necesidad de concienciarnos a todos para hacer un buen uso de ella por el electricista del hospital.

3 Metodología

Utilizando términos de búsqueda y filtros como "LEY 31/1995" y "suministro eléctrico en hospitales", se realizó una búsqueda exhaustiva en libros y en el buscador Google Scholar. Además consultando guías de práctica clínica así como publicaciones científicas encontradas en diversas revistas españolas.

4 Resultados

El hospital tiene electricidad en todas las habitaciones, y lo siguiente señala su importancia crítica en el campo médico.

La iluminación consume más electricidad y es el área donde se recomiendan las lámparas de bajo consumo, como las luces LED. Aunque su precio es superior al resto, es amortizable y en definitiva más rentable que otros tipos.

1-Iluminación: Es crucial contar con sistemas de control y regulación, y todo el personal del hospital debe conocer cómo usar la electricidad de manera eficiente,

para garantizar un consumo adecuado sin aumentar innecesariamente el costo de la electricidad.

2-La climatización es fundamental en los hospitales porque, además de propiciar un ambiente confortable, también cumple los siguientes propósitos.

- Reduzca el polvo, los olores y los microbios.
- Proporcionar mucha ventilación.
- Estar a una temperatura adecuada.
- Administrar el flujo de aire y la dirección del flujo.

A través de la climatización y un sistema de comunicación se detectan averías, posibles fugas, temperaturas en zonas hospitalarias, etc. son descubiertos. Dado que el hospital utiliza mucha electricidad, es fundamental que el sistema de aire acondicionado se inspeccione y mantenga continuamente para garantizar un funcionamiento adecuado y ahorro de energía.

3-Ventilación: Otro componente esencial para el funcionamiento de un hospital, el mantenimiento de las piezas es crucial para garantizar que los sistemas de ventilación funcionen correctamente y evitar problemas con el consumo de energía, fugas u otros problemas.

La forma más sencilla para que el hospital experimente una transformación digital es digitalizar los registros médicos en papel. Requieren un plan que sea apropiado para la atención médica para esto. Además, en este caso es importante el suministro de electricidad.

A medida que el equipo envejece, se degrada, se ralentiza y se vuelve cada vez más obsoleto, lo que requiere la compra de equipo nuevo con mayor consumo eléctrico.

4-Las habitaciones de los pacientes deben ser espacios relajantes tanto para el paciente como para el personal. Además de tener TV y cargador de teléfono, cuentan con aire acondicionado.

5. Equipo quirúrgico: La mayoría de los equipos quirúrgicos requieren electricidad. Se requiere electricidad para operar las lámparas en los quirófanos.

5 Discusión-Conclusión

Toda la información anterior explica la importancia del suministro eléctrico en los centros hospitalarios y los efectos que un corte u otro evento energético adverso puede tener en el centro médico y las consecuencias que puede acarrear.

Los hospitales deben contar con sistemas de seguridad hospitalaria que garanticen cualquier evento que vaya a ocurrir. Dependiendo de las áreas del hospital,

esta es la recomendación de los expertos en seguridad eléctrica: tomas de tierra, baterías, transformadores, sistemas de alimentación ininterrumpida, etc. El electricista de un centro hospitalario en materia de suministro eléctrico deberá velar y realizar un mantenimiento continuo para garantizar su correcto uso.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.medicalelectric.com.co/blog/sistemas-electricos-en-hospitales>
- 2.<https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>

Capítulo 471

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL PERSONAL ELECTRICISTA ANTE LOS ARREGLOS EN UNA COCINA DEL HOSPITAL

SERGIO GARCÍA ZAMORA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

La nutrición hospitalaria es ahora más crucial para la recuperación de un paciente que nunca como un servicio sencillo.

Algunos de los artículos comunes que se encuentran incluyen cocinas de vapor, hornos mixtos de vapor, freidoras continuas, marmitas basculantes mixtas, sartenes basculantes, autoclaves de cocción, mesas calientes, planchas y paelleras.

El electricista del hospital se encarga de: instalación, reparación y mantenimiento de campanas extractoras industriales, motores de campanas y extractores de

humos y todo lo relacionado con la electricidad. Estas son las funciones básicas del electricista:

- Repara todo tipo de averías, mantenemos cocinas comerciales, limpiamos y ponemos a punto la cocina industrial de gas.

- El mantenimiento y reparación de hornos industriales, instalaciones y freidoras.

- Reparación de platos y sartenes comerciales para hospitales.

La mayoría de las reparaciones se completan al mismo tiempo en una sola visita, lo que permite que su máquina continúe funcionando a través de la reparación o el reemplazo de piezas. El horno será el tema principal de conversación.

El suministro de alimentos del hospital estaría gravemente comprometido sin un electricista. En cambio, está presente un electricista del hospital porque, cuando llega, ya sabe qué tipo de falla tiene y cómo arreglarla o reemplazar la pieza, normalmente son los enchufes los que dan fallos eléctricos.

2 Objetivos

Los objetivos primordiales de este capítulo es conocer que funciones tiene el electricista en las cocinas del hospital y como se arreglan los principales como son hornos y planchas.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de toda la literatura científica. Además de consultar artículos de las principales bases de datos, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros. Se han buscado artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio de la base de datos de Scielo.

4 Resultados

En las cocinas hospitalarias las tomas de corriente se colocarán fuera del volumen que crean los planos verticales que distan 0,5 metros del fregadero y de la estufa, esto significa que la distancia entre los enchufes eléctricos y la placa de cocina o el fregadero debe ser de al menos 50 cm.

Para reducir los riesgos asociados con el agua en el piso, los enchufes de uso general que normalmente se instalan a 30 cm del suelo deben instalarse a una distancia de 1 punto 10 a 1 punto 20 metros como interruptores.

Estos son los problemas más frecuentes con los que se encuentra un electricista cuando lo llaman a la cocina de un hospital para arreglar un horno.

- El termostato principal necesita ser reparado. En los hornos eléctricos existe tanto un termostato general como un termostato de seguridad. Debido al termostato general, el horno alcanza una temperatura determinada durante la cocción.

- La resistencia ha sido dañada. Una resistencia en corto reduce la capacidad del horno para transformar la energía entrante en calor.

- El termostato por seguridad. Cuando un problema con el termostato principal hace que el horno se sobrecaliente, el trabajo del termostato de seguridad es cortar la energía.

- El interruptor o selector está roto: Es posible que el interruptor de posición o función se incendie y corte la alimentación del horno.

- Cuando enciendes el horno, el diferencial salta; esto es típicamente el resultado de una resistencia defectuosa. Al desenchufar cada resistencia por separado y luego volver a enchufarla, es fácil determinar qué resistencia no funciona correctamente.

Es fundamental tener en cuenta que la regulación de baja tensión no permite "coser" tomas eléctricas. Es decir, no se pueden llevar las líneas a una base y luego extraer de ella las líneas para la siguiente, como solían hacer los electricistas con frecuencia en el pasado.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental tener en cuenta que la regulación de baja tensión no permite "coser" tomas eléctricas. Es decir, no se pueden llevar las líneas a una base y luego extraer de ella las líneas para la siguiente, como solían hacer los electricistas con frecuencia en el pasado. Uno de los electrodomésticos más utilizados en las cocinas de los hospitales modernos es el horno. Nos permiten elaborar exquisitos asados de pescado o carne. Debido a su uso frecuente ya las altas temperaturas a las que está expuesto, en ocasiones se rompe los enchufes o se queman para ello el electricista de un hospital es el que está disponible, sin él, el suministro de alimentos sería inexistente. Además debe de estar capacitado porque cuando llega allí, ya sabe qué tipo de problema es y cómo arreglar o reemplazar la pieza.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org

2. www.revistamedica.es

Capítulo 472

ACTUACIÓN Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEG0 GUTIERREZ

1 Introducción

En todas las instituciones sanitarias ya sean hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de salud etc. existe un servicio de lencería, encargado del aprovisionamiento y distribución de la ropa limpia entre otras funciones.

La unidad o servicio de lencería tiene un papel importante en el funcionamiento del centro sanitario, pues la higiene y asepsia son de vital importancia a la hora de evitar la propagación de infecciones nosocomiales.

La ropa que utiliza el paciente debe cumplir las condiciones higiénicas necesarias para evitar infecciones, y a la vez debe ser cómoda y confortable, pues el enfermo pasa largas temporadas en régimen de hospitalización, y se debe cuidar en extremo la satisfacción personal del usuario.

Además de tener repercusiones en la calidad asistencial, el servicio de lencería supone un coste muy elevado para la institución, y de su correcta gestión dependerá en gran medida optimizar este gasto.

En este servicio trabajan varios profesionales que deben formar un equipo y estar coordinados para abastecer de manera eficaz todas las unidades hospitalarias.

En el siguiente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de lencería, así como las cualidades que debe reunir para la realización de su trabajo, muy importante para el funcionamiento de la institución sanitaria.

2 Objetivos

- Destacar la importancia del servicio de lencería para la institución sanitaria.
- Listar las funciones del celador en el servicio o unidad de lencería en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “servicio de lencería”, “atención especializada”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La unidad de lencería tiene como misión la gestión, control y seguimiento de la dotación de ropa a;

- Los pacientes que permanecer hospitalizados en las diferentes plantas (pijamas, sábanas, toallas etc.).
- Consultas externas.
- Quirófanos.
- Hospital de día.
- Salas de exploración
- Los trabajadores del centro sanitario.

La unidad o servicio de lencería, además de dotar de ropa a todos los servicios y personal, se encarga de la recogida de la ropa sucia y su posterior transporte, lavado y recepción de la misma. Estas actividades pueden ser gestionadas directamente por el hospital o por empresas externas especializadas.

En la unidad de lencería adscrita a la División de Servicios Generales, trabajan diferentes profesionales: costureras, celadores gobernantas etc.

Las funciones que realiza el celador en la unidad de lencería, son las siguientes:

- Recepcionará la ropa limpia procedente del propio servicio de lavandería del hospital o de una empresa externa.
 - Colocará la ropa en el lugar habilitado para ello para su posterior reparto a los diferentes servicios o unidades asistenciales.
 - Se encargará de llenar los carros e identificarlos.
 - Transportará los carros hasta las diferentes unidades de hospitalización, consultas externas, hospital de día, urgencias, quirófanos etc.
 - Recogerá los carros de ropa sucia y los bajará a las instalaciones habilitadas para tal fin.
 - Pesará la ropa sucia antes de su recogida por la empresa externa.
- Junto a los celadores trabajan otros profesionales como:
- Costureras, que se encargará del mantenimiento de la ropa, realizar arreglos necesarios en las prendas de los profesionales etc.
 - Gobernanta: que gestionará la entrega de las uniformidades a los trabajadores, así como la supervisión del servicio.

Como hemos visto el servicio de lencería a pesar de no ser asistencial tiene una importancia vital en el funcionamiento de la institución, pues de su correcto manejo depende la higiene y asepsia, condiciones indispensables en un hospital para su funcionamiento y calidad de los servicios prestados.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos deducir de todo lo anteriormente expuesto, el servicio de lencería juega un papel importantísimo en la calidad asistencial, dependiendo del mismo,

la percepción que se pueda generar en el paciente buena o mala de la calidad de los servicios prestados durante su estancia hospitalaria.

Además es de vital importancia en la propagación de infecciones, por lo que toda institución deberá cuidar al máximo esta unidad.

El celador por tanto destinado a esta unidad, deberá realizar su trabajo con eficacia y rapidez, asegurando en todo momento el suministro de todos los servicios. Su trabajo en esta unidad es muy importante a pesar de no estar relacionado directamente con la actividad asistencial.

6 Bibliografía

1. https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Capt1_ropa_lavanderia.pdf
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
3. <https://congresosicepa.com/celador-servicio-lenceria-hospital/>

Capítulo 473

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO. FUNCIONES Y ACTUACIÓN

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEG0 GUTIERREZ

1 Introducción

El servicio de obstetricia de un hospital es el encargado de prestar asistencia sanitaria al paciente sobre todo lo relacionado con el embarazo, ya sea antes del parto, o todas las posibles complicaciones surgidas después del alumbramiento. En la vida de toda pareja el momento de la maternidad es especialmente importante, y suelen surgir numerosas dudas y preocupaciones relacionadas con todo el proceso de gestación. Tanto en el ámbito hospitalario, como en Atención Primaria, habrá profesionales encargados de gestionar este proceso de manera profesional y atendiendo a las peculiaridades de cada paciente, le indicarán unas pautas distintas.

En el ámbito hospitalario además de la planta de tocoginecología, donde se tratan patologías ginecológicas y todo lo relacionado con la obstetricia, existe

una unidad o servicio de paritorio, que gestiona el proceso del embarazo desde su inicio hasta el parto y postparto.

Esta unidad de paritorio está compuesta por un equipo multidisciplinar compuesto por facultativos, enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza etc.

El celador destinado a la unidad de paritorio, debe tratar directamente con el paciente y los familiares, por lo que además de conocer los protocolos de trabajo debe ser empático y amable en su trato con el paciente y familiares. En el siguiente capítulo vamos a desarrollar las funciones del celador en la unidad de paritorio y cómo funciona dicha unidad.

2 Objetivos

- Describir la unidad de paritorio de un hospital.
- Desarrollar las funciones que realiza el celador en el área o unidad de paritorio, y resaltar su importancia.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “paritorio”, “atención especializada”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

En el ámbito de la Atención Primaria, más concretamente en los centros de salud, se llevará un control de las pacientes gestantes, que estará a cargo del matrn o matrona, este se encargará de las revisiones periódicas, prescripción de analíticas, consejos nutricionales etc. Cuando se trate de embarazo de riesgo, el control de la embarazada se derivará al hospital de referencia del paciente, y será en la unidad de alto riesgo donde se controlará todo el proceso de gestación, parto y postparto. Una vez que el embarazo llega a su término se considera en la semana 39, se iniciará el parto propiamente dicho y acudiremos al hospital, donde la paciente será derivada la unidad de paritorio que después de la exploración pertinente, si hay signos evidentes del comienzo del parto será ingresada en la planta de hospitalización.

Dentro de la unidad de paritorio existen diferentes zonas o salas:

- Salas de dilatación.
- Salas de partos.
- Quirófanos para la realización de cesáreas.
- Sala de puerperio.

Dentro de la unidad de paritorio el celador realizará las siguientes funciones:

- Trasladará a las pacientes para la realización de diferentes pruebas a la consulta correspondiente y una vez finalizada la prueba las devolverá a la unidad de paritorio.
- Se encargará del traslado de las pacientes desde el paritorio a la planta de hospitalización y viceversa.
- Trasladará a las madres a la sala de lactancia, cuando sea necesario.
- Levará las muestras biológicas para su análisis al laboratorio que corresponda.
- Cursará peticiones, interconsultas etc.
- Cuando un parto se realice por cesárea, colocará a la paciente en el potro de quirófano en la posición que le indique el facultativo, y colaborará en la sujeción de la misma.
- Sujetará a los pacientes cuando el anestesista tenga que poner la anestesia epidural.
- Trasladará el aparataje que se necesite en el servicio.

Como podemos observar el celador realiza multitud de funciones en la unidad de paritorio todas ellas imprescindibles para el buen funcionamiento de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del capítulo, el celador de paritorio realiza funciones muy importantes, para ello debe ser conocedor de todos los protocolos de trabajo, así como tener un trato adecuado, con el paciente y familiares, teniendo en cuenta que se trata de momentos de gran tensión y preocupación para pacientes y familiares.

Entre sus funciones en esta unidad, una de las más importantes es introducir y sacar a la paciente del área de partos. Si fuera necesario, el traslado se hará acompañado del personal de Enfermería.

Igualmente deberá conocer perfectamente las posiciones anatómicas para la correcta movilización de las gestantes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-planta-maternidad/>
2. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
3. <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>

Capítulo 474

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

1 Introducción

El término farmacia se deriva del griego “pharmakia” o “pharmakon”, cuyo significado es veneno o hechizo. El concepto de farmacia remonta su antigüedad hasta el siglo II, conocida entonces como farmacia galénica, gracias al médico Claudio Galeno, uno de los médicos antiguos más completos de la edad antigua, y propulsor de grandes hitos de la historia de la medicina.

Actualmente, la farmacia es la ciencia de la salud dedicada al estudio, creación, dosificación, preservación y dispensación de los medicamentos.

Un fármaco o medicamento es una preparación farmacológica compuesta de principios activos y excipientes, la cual puede encontrarse en multitud de formas de presentación, como tabletas, jarabes, hola pastillas efervescentes, hola soluciones inyectables, parches, cápsulas, tabletas gastroresistentes, etcétera. Los fármacos

tienen multitud de finalidades, como, por ejemplo, curar enfermedades, aliviar síntomas, disminuir el dolor, prevenir la transmisión de enfermedades, actuar como antidotos ante casos de envenenamiento, etc.

El principio activo, como su nombre indica, es aquella sustancia que posee la cualidad de interactuar con el cuerpo humano, y producir los efectos del fármaco, mientras que los excipientes son aquellas sustancias con propiedades farmacocinéticas, destinadas a mejorar la absorción, distribución o metabolismo del principio activo.

En todos los hospitales existe un servicio de farmacología encargado de la preparación, dosificación y dispensación de los diferentes fármacos que conforman los tratamientos de los pacientes del hospital.

En el presente texto se analizarán las funciones que el celador lleva a cabo en el servicio de farmacología de un hospital.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el servicio de farmacia en el ámbito hospitalario.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en la unidad de farmacia, necesario para el correcto funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “farmacia”, “investigación”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La medicina ha evolucionado de forma muy notoria a lo largo de los últimos años, lo cual ha permitido el descubrimiento, síntesis, y perfeccionamiento de multitud de fármacos y principios activos. Se han realizado estudios para determinar las dosis más exactas y adecuadas para cada dolencia y paciente, Y se han creado multitud de formas de administración para un mismo fármaco. Existen fármacos cuya intención es curativa, cómo lo son los antibióticos, antirretrovirales, antifúngicos, antipalúdicos, etcétera. Por otro lado, hoy hay multitud de fármacos cuyo objetivo no es curar la enfermedad, sino aliviar sus síntomas, como, por ejemplo, los antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, opioides, etcétera. También existen multitud de fármacos utilizados en quirófano, los cuales a lo largo de la historia han permitido la realización de cirugías, hola estos son los fármacos anestésicos, entre los que encontramos sedantes, relajantes musculares, analgésicos, etcétera.

Actualmente, en todos los hospitales es necesario un servicio de farmacia que funcione de forma adecuada.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en el servicio de farmacia hospitalaria.

El celador se encargará de llevar a cabo el recibimiento de los pedidos de farmacia pesada, como por ejemplo, las cajas que contienen las bolsas de suero, botes de povidona yodada, clorhexidina, alcohol, agua oxigenada, etcétera. También se encargará de la distribución de estas cajas por las diferentes plantas o servicios donde sean necesarias.

El celador será el encargado de transportar los carros de medicación a las diferentes plantas donde serán utilizados.

El celador participará en el inventario cuando así se le ordene.

El celador se encargará de vigilar y custodiar la entrada a la farmacia, evitando la entrada a la misma a todo personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

La farmacia hospitalaria presta sus servicios a prácticamente la totalidad de las especialidades hospitalarias, pues todas ellas en mayor o menor medida requieren de la utilización de fármacos, ya sea para llevar a cabo el tratamiento, pruebas

complementarias o cirugías de los pacientes, por lo tanto, el servicio de farmacia es esencial en todos los hospitales.

En el servicio de farmacia hospitalaria trabajan de forma coordinada multitud de profesionales, entre los que encontramos farmacéuticos, personal de limpieza y mantenimiento, enfermeras, auxiliares de clínica, celadores, etc. El celador, con su labor contribuye al correcto funcionamiento del servicio de farmacia hospitalaria, y, de forma indirecta, al funcionamiento adecuado del hospital.

6 Bibliografía

1. Farmacia hospitalaria. Funciones del celador - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from <https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>
2. Funciones que realiza el celador/a en la farmacia hospitalaria. (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 475

EL PINCHE EN LA COCINA HOSPITALARIA EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS UTENSILIOS DE TRABAJO

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

El pinche en la cocina hospitalaria, además de encargarse de la limpieza y desinfección de bandejas, vajilla y cubiertos, tiene que realizar la limpieza de los equipos y utensilios que se utilicen en la cocina. Esta limpieza se hará con la frecuencia que sea necesaria, ya que siempre se tienen que mantener limpios y desinfectados, puesto que están en contacto con los alimentos que se van a usar para la elaboración de las distintas comidas.

Para que estos equipos y utensilios no transfieran sustancias contaminantes a los alimentos originando intoxicaciones y sea fácil su limpieza, deberán de ser fabricados con materiales que no se oxiden, que resistan golpes, cortes, etc, que

no absorban y que soporten usos y lavados frecuentes sin perder las características iniciales. También es de especial importancia que no desprendan olores y tampoco que den sabor a los alimentos. El material que más se da en las cocinas hospitalarias y que reúne estas características es el acero inoxidable.

Cada hospital y en especial, la gobernanta, establecerá un plan de limpieza y desinfección de cada uno de los equipos que nos encontremos en la cocina, así como de los utensilios. Los pinches de cocina deberán ser conocedores de los métodos de limpieza establecidos, así como los pasos a seguir frente a posibles intoxicaciones con estos productos.

2 Objetivos

- Saber cómo se limpian los distintos equipos y utensilios de la cocina hospitalaria basados en la prácticas correctas de higiene.
- Estudiar los principales productos de limpieza y desinfección utilizados y su correcta manipulación.
- Conocer los pasos a seguir frente a posibles intoxicaciones.

3 Metodología

La creación de este capítulo está basado en la lectura de diferentes artículos encontrados en revistas y páginas web. También se ha utilizado un libro específico de cocina hospitalaria donde se aborda el tema propuesto. Se ha hecho una selección exhaustiva de la información encontrada y se ha redactado el tema.

4 Resultados

En el trabajo de Pinche de cocina hospitalaria, también es necesario que se conozca el procedimiento a seguir para la limpieza de los equipos de trabajo y los utensilios, los productos de limpieza que se suelen utilizar y cómo hacer frente ante posibles intoxicaciones y las normas a seguir para evitarlas.

Los equipos y utensilios de trabajo que el pinche tiene que dejar perfectamente limpios son:

1010

- Ollas y rustideras fijas. Se deberán fregar siempre que hayan sido usados. Se utilizará agua y detergente antigrasa y se aclarará con abundante agua. No debemos dejarlas mojadas por lo que se secarán con papel.

- Módulo de cocina. Está compuesto por las planchas, los fogones, etc. En las planchas se utilizará un producto desengrasante disuelto en agua, aunque, a veces, se necesitará utilizar el producto “puro”, ya que dependerá de la cantidad de grasa que se genere. En este sentido, cabe recordar que hay que extremar las precauciones cuando se use de esta manera.

Los fogones se podrán limpiar con agua y jabón o se podrán sumergir en agua con desengrasante facilitando su limpieza.

Aquí podemos englobar las freidoras, ya que forman parte del módulo de cocina. Para su limpieza, se deberá de sacar el aceite para después desecharlo o filtrarlo. En primer lugar, se usará desengrasante disuelto en agua o, dependiendo de la suciedad de esta, se use “puro”. Una vez quitada la capa más gruesa de grasa se procederá a fregarla con agua caliente y jabón antigrasa y posteriormente aclarándola con agua limpia. Se dejará completamente seca antes de echar el aceite.

- Timbres. Se utiliza para dejar en frío los alimentos que se van a elaborar inmediatamente o para dejar aquellos que ya se han utilizado y se recomienden dejarlo en él. Dependiendo de la cantidad de alimentos que se almacenen en él, se hará su limpieza. Será el cocinero el que dé la orden de limpieza o la gobernanta.

Se empleará un producto desinfectante o bactericida disuelto en agua, se extenderá con una bayeta y posteriormente se dejará completamente seco.

- Mesas de trabajo. Se limpiarán con agua con jabón antigrasa y se enjuagarán con agua limpia con bactericida.

- Hornos. Estos se limpian con los carros dentro y tendrán un programa de lavado automático, que dependiendo de la suciedad de los mismos, se pondrá un programa u otro. El pinche se encargará de echar el detergente dentro del horno y, cuando finalice el lavado, procederá a eliminar los restos de detergente con una bayeta y a su secado.

- Menaje de cocina. Engloba desde ollas, sartenes, batidoras, etc. hasta los utensilios de cocina, como cazos, espumaderas, etc. Se limpian tantas veces como sean utilizados. Su limpieza se hará con un prelavado con agua y jabón antigrasa y, a continuación, se meterán en el lavavajillas para su correcta desinfección.

Los productos que se utilizarán a la hora de limpiar, generalmente, son detergentes sintéticos. Es muy importante que el pinche sepa cómo se utilizan, es decir, tienen que saber la concentración de detergente que se tiene que usar, el tiempo que se dejará actuar, cómo se tiene que aplicar, y la temperatura a la que 1011 se tiene que usar, es decir, estos productos, dependiendo de su composición, se deberán diluir con agua caliente o agua fría para que sean eficaces.

A la hora de quitar la grasa se usarán productos antigrasa. Estos productos se

podrán encontrar diluidos en agua y “puros”.

Por último, hablaremos de los desinfectantes más frecuentes que son usados en la cocina hospitalaria y que son utilizados para la desinfección de microorganismos nocivos. Cabe decir que estos tipos de productos dejan de ser eficaces, ya que se usan todos los días y dan lugar a la aparición de bacterias resistentes, por ello, es conveniente cambiarlos periódicamente.

Entre ellos destacamos la lejía, aunque su uso en cocinas hospitalarias prácticamente está erradicado. Es eficaz contra las bacterias y los hongos y su precio es bajo. La parte negativa de este producto es que es corrosivo con algunos metales, pierde efectividad con el tiempo, la luz y el calor disminuyen sus propiedades, por lo que hay que usarla con agua fría y si entra en contacto con sustancias orgánicas sus propiedades no se activan.

Es importante no mezclarlo con otros productos como el amoniaco, ya que podría haber riesgo de intoxicación.

Por último, los desinfectantes que se encontrarán con más frecuencia en la cocina hospitalaria, ya que son los más fáciles de usar, son los productos que están concentrados y que se encuentran conectados a la red de agua mediante un sistema de dosificación. Se podrá elegir el producto de limpieza a utilizar sin tener contacto con el producto a través de un pulsador y este se obtendrá de manera dosificada.

Estos productos químicos pueden ser perjudiciales para la salud, dependiendo de las propiedades del producto, de la concentración, de la vía por donde se han absorbido estos productos, etc. También influye la edad, el peso, si es hombre o mujer y el estado de salud de la persona que se ha intoxicado.

Las intoxicaciones pueden generarse a través de las vías respiratorias, vía digestiva, a través de la piel y de las heridas. Si se produce una intoxicación, se deberá seguir las indicaciones que muestre la etiqueta así como la ficha de datos del producto. Si la intoxicación se ha producido por vía digestiva, no se debe provocar el vómito, puesto que podría haber provocado quemaduras en las paredes intestinales. En el supuesto de que produzca a través de los ojos o por la piel, habrá que lavar la zona con abundante agua.

5 Discusión-Conclusión

Extremar la limpieza y la desinfección de los equipos y utensilios en la cocina hospitalaria es muy importante, ya que están en contacto con los alimentos y pueden ser transmisores de contaminantes.

La frecuencia con la que se realiza la limpieza y la desinfección es diaria, para dejar todo limpio para el siguiente turno. Todos los equipos y utensilios se limpiarán tantas veces como sean usados mientras que lo que no se use a diario, se limpiará y desinfectará antes de usarlo.

El pinche se deberá de informar de los productos de limpieza que vaya a utilizar leyéndose las instrucciones de uso para evitar posibles daños que afecten a su salud y a la de sus compañeros. Cuando los manipule, tendrá que usar equipos de protección individual adecuados, por ejemplo, guantes, gafas o mascarilla. En ningún caso, podrá usar envases de bebidas o alimentos para llenarlos de estos productos químicos, siempre se mantendrán en su envase original y utilizará las cantidades que indique el fabricante si no son productos dosificados. También deberá saber que no se pueden mezclar productos de limpieza, ya que pueden generar quemaduras o intoxicaciones.

Al finalizar la jornada de trabajo o la limpieza de algún equipo o utensilio, y tenga que manipular alimentos, siempre deberá de lavarse las manos con jabón.

Como hemos dicho anteriormente, la gobernanta, será la encargada de establecer el plan de limpieza y desinfección que sea necesario. Además, se encargará del almacenamiento de estos productos en un almacén con llave y dejará en los lugares de trabajo de la cocina la cantidad de productos que sean necesarios. En el caso de que se termine algún producto, como es el caso de los productos concentrados conectados a la red de agua, será la gobernanta la encargada de reponerlo.

6 Bibliografía

- www.navarra.es
- www.congresosicepa.com
- www.imeza.com
- Servicio Salud Castilla-La Mancha. ed. MAD

Capítulo 476

EL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA PARA PROTECCIÓN RENAL EN EL PACIENTE INGRESADO

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La dieta de protección renal es un régimen alimentario diseñado específicamente para personas que sufren de enfermedad renal crónica u otras afecciones que requieren una restricción en la ingesta de proteínas. Esta dieta tiene como objetivo principal reducir la carga de trabajo en los riñones, minimizando la acumulación de productos de desecho nitrogenados en el organismo y manteniendo un equilibrio adecuado de nutrientes.

El concepto de la dieta de protección renal se basa en limitar la ingesta de proteínas, especialmente las de origen animal, que contienen altos niveles de productos de desecho nitrogenados, como la urea. Además, se busca controlar la ingesta de

sodio, fósforo y potasio, ya que un desequilibrio en estos minerales puede tener efectos adversos en la función renal.

La dieta de protección renal se caracteriza por incluir alimentos de origen vegetal con bajo contenido de proteínas, como legumbres, cereales, frutas y verduras.

Estos alimentos proporcionan nutrientes esenciales sin sobrecargar los riñones. Además, se recomienda limitar o evitar alimentos ricos en proteínas animales, como carnes rojas, aves, pescados grasos y productos lácteos.

Es importante destacar que la dieta de protección renal se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, considerando su grado de enfermedad renal, estado nutricional y otras condiciones médicas. Por ello, se prescribe y se ajusta bajo la supervisión de un equipo médico y un nutricionista especializado.

El seguimiento y control de la dieta de protección renal es fundamental para evaluar la respuesta del paciente y realizar los ajustes necesarios. Además, es esencial educar y guiar al paciente sobre la selección y preparación adecuada de los alimentos, así como sobre la importancia de mantener una hidratación adecuada y cumplir con las indicaciones médicas y nutricionales.

La dieta de protección renal es un régimen alimentario diseñado para reducir la carga de trabajo en los riñones y mantener un equilibrio adecuado de nutrientes en personas con enfermedad renal crónica u otras afecciones renales. Esta dieta se basa en una reducción en la ingesta de proteínas, especialmente las de origen animal, y un control en la ingesta de sodio, fósforo y potasio. Se adapta a las necesidades individuales y se prescribe bajo la supervisión de un equipo médico y un nutricionista especializado.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

El pinche de cocina, como miembro del equipo de cocina en un entorno hospitalario, desempeña un papel esencial en la elaboración de una dieta de protección renal. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del pinche de cocina en la preparación de este tipo de dieta:

Preparación de alimentos: El pinche de cocina es responsable de la preparación de los alimentos que se utilizarán en la elaboración de la dieta de protección renal. Esto implica cortar, pelar y picar frutas, verduras y otros ingredientes según las indicaciones proporcionadas por el nutricionista o el chef encargado. Además, puede ser responsable de la cocción y procesamiento adecuado de los alimentos para cumplir con las restricciones específicas de la dieta.

Control de contenido de sodio: El pinche de cocina debe prestar especial atención al contenido de sodio en los alimentos. Esto implica utilizar métodos de cocción que minimicen la adición de sal, sustituir la sal por hierbas y especias sin sodio para realzar el sabor de los platos y asegurarse de que los alimentos procesados o enlatados utilizados en la preparación de la dieta de protección renal sean bajos en sodio.

Control de contenido de proteínas: El pinche de cocina debe colaborar en el control de la ingesta de proteínas en la dieta de protección renal. Esto implica utilizar fuentes de proteínas vegetales en lugar de proteínas animales, limitar la cantidad de carne y productos lácteos utilizados en los platos, y buscar alternativas de proteínas vegetales, como legumbres, tofu y seitán.

Manipulación adecuada de fósforo y potasio: El pinche de cocina debe seguir las indicaciones proporcionadas por el nutricionista en relación al contenido de fósforo y potasio en los alimentos. Esto puede incluir la elección de ingredientes bajos en fósforo y potasio, como verduras frescas en lugar de enlatadas, y la preparación adecuada de los alimentos para reducir su contenido de estos minerales, como remojar las legumbres para reducir su contenido de potasio.

Colaboración en la gestión de inventario y suministros: El pinche de cocina puede asistir en la gestión de inventario y suministros necesarios para la preparación de la dieta de protección renal. Esto implica llevar un registro de los ingredientes utilizados, informar sobre cualquier escasez o necesidad de reposición, y colaborar en la organización y almacenamiento adecuado de los alimentos y utensilios de cocina.

Limpieza y mantenimiento del área de trabajo: El pinche de cocina es responsable de mantener el área de trabajo limpia y ordenada. Esto implica lavar los utensilios, limpiar las superficies de trabajo y mantener una buena higiene general en la

cocina. Además, debe asegurarse de que los utensilios y equipos utilizados en la preparación de la dieta de protección renal estén limpios y en buen estado.

Es importante destacar que el pinche de cocina trabaja bajo la supervisión y dirección del chef o del personal de cocina responsable. Además, debe comunicar cualquier problema o preocupación relacionada con la calidad o seguridad de los alimentos al personal adecuado para su pronta resolución.

En resumen, el pinche de cocina desempeña un papel esencial en la elaboración de una dieta de protección renal. Sus funciones incluyen la preparación y cocción de alimentos, el control de contenido de sodio, proteínas, fósforo y potasio, la gestión de inventario y suministros, y el mantenimiento del área de trabajo. Su contribución es fundamental para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos servidos a los pacientes que requieren una dieta de protección renal durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para el pinche de cocina en la elaboración de una dieta de protección renal es seguir las indicaciones proporcionadas por el personal de nutrición y el chef. Presta atención a las restricciones específicas de la dieta, como el contenido de sodio, proteínas, fósforo y potasio. Utiliza métodos de cocción que minimicen el uso de sal y busca alternativas de condimentos sin sodio para realzar el sabor de los platos. Prioriza el uso de alimentos frescos y naturales, evitando alimentos procesados o enlatados con alto contenido de sodio. Mantén un registro de los ingredientes utilizados y comunica cualquier problema o inquietud relacionada con la dieta de protección renal al equipo de cocina.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-161

Capítulo 477

EL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA DE PROTECCIÓN HEPÁTICA HOSPITALARIA

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

1 Introducción

La dieta de protección hepática hospitalaria es un régimen alimentario diseñado específicamente para pacientes que presentan enfermedades hepáticas o trastornos hepáticos. El objetivo principal de esta dieta es reducir la carga de trabajo en el hígado y promover su regeneración y función óptima.

El concepto de la dieta de protección hepática se basa en proporcionar alimentos que sean fáciles de digerir, bajos en grasa y que minimicen la acumulación de toxinas en el organismo. Esta dieta suele ser baja en sodio y en alimentos procesados, y se enfoca en alimentos frescos, naturales y ricos en nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del hígado.

La dieta de protección hepática se caracteriza por incluir alimentos como frutas, verduras, granos enteros, proteínas magras y lácteos bajos en grasa. Se recomienda limitar la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas y trans, así como de alimentos procesados, fritos y picantes. Además, se sugiere evitar o limitar el consumo de alcohol y bebidas carbonatadas.

Es importante destacar que la dieta de protección hepática se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, considerando su grado de enfermedad hepática, estado nutricional y otras condiciones médicas. Por ello, se prescribe y se ajusta bajo la supervisión de un equipo médico y un nutricionista especializado. El seguimiento y control de la dieta de protección hepática es fundamental para evaluar la respuesta del paciente y realizar los ajustes necesarios. Además, se brinda educación y orientación al paciente sobre la selección y preparación adecuada de los alimentos, así como sobre la importancia de mantener una hidratación adecuada y cumplir con las indicaciones médicas y nutricionales.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

El pinche de cocina, como parte del equipo de cocina en un entorno hospitalario, desempeña un papel esencial en la elaboración de una dieta de protección hepática. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del pinche de cocina en la preparación de este tipo de dieta:

Preparación de alimentos: El pinche de cocina es responsable de la preparación de los alimentos que se utilizarán en la elaboración de la dieta de protección hepática. Esto implica cortar, pelar y picar frutas, verduras y otros ingredientes según las indicaciones proporcionadas por el nutricionista o el chef encargado.

Además, puede ser responsable de la cocción y procesamiento adecuado de los alimentos para cumplir con las restricciones específicas de la dieta.

Control de contenido de grasa: El pinche de cocina debe prestar especial atención al contenido de grasa en los alimentos. Esto implica utilizar métodos de cocción que minimicen el uso de aceites y grasas adicionales, seleccionar carnes magras y retirar la piel de las aves antes de cocinarlas. Además, debe evitar el uso de salsas grasosas y frituras.

Manipulación adecuada de sodio: El pinche de cocina debe seguir las indicaciones proporcionadas por el nutricionista en relación al contenido de sodio en los alimentos. Esto puede implicar utilizar menos sal en la preparación de los platos y utilizar especias y hierbas sin sodio para realzar el sabor de los alimentos.

Selección de alimentos adecuados: El pinche de cocina debe colaborar en la selección de alimentos adecuados para la dieta de protección hepática. Esto implica elegir frutas y verduras frescas, granos enteros, proteínas magras como aves de corral y pescado, lácteos bajos en grasa y alimentos ricos en fibra. Además, debe evitar o limitar el uso de alimentos procesados, fritos y picantes que puedan ser perjudiciales para la salud hepática.

Colaboración en la gestión de inventario y suministros: El pinche de cocina puede asistir en la gestión de inventario y suministros necesarios para la preparación de la dieta de protección hepática. Esto implica llevar un registro de los ingredientes utilizados, informar sobre cualquier escasez o necesidad de reposición, y colaborar en la organización y almacenamiento adecuado de los alimentos y utensilios de cocina.

Limpieza y mantenimiento del área de trabajo: El pinche de cocina es responsable de mantener el área de trabajo limpia y ordenada. Esto implica lavar los utensilios, limpiar las superficies de trabajo y mantener una buena higiene general en la cocina. Además, debe asegurarse de que los utensilios y equipos utilizados en la preparación de la dieta de protección hepática estén limpios y en buen estado.

Es importante destacar que el pinche de cocina trabaja bajo la supervisión y dirección del chef o del personal de cocina responsable. Además, debe comunicar cualquier problema o preocupación relacionada con la calidad o seguridad de los alimentos al personal adecuado para su pronta resolución.

El pinche de cocina desempeña un papel esencial en la elaboración de una dieta de protección hepática. Sus funciones incluyen la preparación y cocción de alimentos, el control de contenido de grasa y sodio, la selección de alimentos adecuados, la gestión de inventario y suministros, y el mantenimiento del área de trabajo. Su contribución es fundamental para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos servidos a los pacientes que requieren una dieta de protección

hepática durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante para el pinche de cocina en la elaboración de la dieta de protección hepática es prestar atención a la calidad y variedad de los alimentos. Utiliza ingredientes frescos y de temporada para garantizar un aporte óptimo de nutrientes. Evita el uso de grasas y aceites en exceso, optando por métodos de cocción saludables como el horneado, la cocción al vapor o el grill. Limita la adición de sal y utiliza especias y hierbas naturales para realzar el sabor de los platos. Mantén una comunicación fluida con el personal de nutrición y el chef para comprender las necesidades y preferencias de los pacientes y adaptar la dieta según sea necesario. Además, mantén altos estándares de higiene y seguridad alimentaria en todo momento para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos que se sirven a los pacientes.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 478

LA ZONA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA Y LAS FUNCIONES MAS IMPORTANTES DE LOS CELADORES

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el artículo 14.2 de la orden ministerial del 5 de julio de 1971, del estatuto personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, se localizan y se encuentran descritas las distintas tareas que los celadores de información hospitalaria deben de realizar en los distintos servicios en los que se encuentren realizando su trabajo.

Con esta publicación lo que queremos lograr además de demostrar poder efectuar una breve descripción detallada al máximo de todas o casi todas las tareas que un celador de información debe de realizar diariamente en su centro hospitalario o en los diferentes centros de salud de atención primaria.

Con esta publicación queremos conseguir que la gente sepa la situación exacta de este área, ya que se puede localizar casi siempre en las puertas principales de los centros hospitalarios o centros de salud de atención primaria (dependiendo si los centros de salud primaria tiene urgencias).

Se puede decir que es un área bastante importante, ya que muchas personas depende de este servicio para poder llegar a los destinos que se les marca en los volantes médicos o en las citas que tengan que no son necesarios tales volantes. este servicio sirve sobre todo para la gente mayor, con discapacidad, etc.

2 Objetivos

Con la efectuación de este breve texto queremos conseguir o demostrar las distintas actuaciones que el celador de información de un centro hospitalario o de los diferentes centros de atención primaria puede encontrarse diariamente.

3 Metodología

Para la realización de este breve capítulo hemos contado con la ayuda de varias fuentes como son: Medline, Boe, Scielo.

Los centros hospitalarios que nos han brindado su ayuda han sido: Hospital Universitario La paz de Madrid.

Las palabras más utilizadas y por lo tanto palabras clave son: Celador, Información.

4 Resultados

Cuando un enfermo, acompañante o simplemente compañero de trabajo entra en las diferentes instalaciones hospitalarias por la puerta principal, lo primero con quien se tropezará es con los celadores de información y auxiliares administrativos que por norma general se suelen situar en el mostrador de información. Las labores que deben de efectuar los celadores de información son bastante delicadas, ya que son al primer personal con la que se encuentran las personas, ya sean pacientes o acompañantes.

Para poder efectuar bien su labor en este puesto tan complejo, se requiere una serie de actitudes y aptitudes tales como: cordialidad, serenidad, afinidad y comprensión.

Estos requisitos son más que necesarios a la hora de enfrentarse al puesto de información, ya que las personas que van a acceder al centro hospitalario, van a formular varias preguntas, se encontrarán en difíciles situaciones y podrían ir enfadados o cabreados, el celador solo podrá responder con serenidad y cordialidad a las que sean de su competencia.

Vamos a destacar las principales labores que el celador debe de realizar:

Indicará sobre las distintas consultas externas, el lugar o las plantas donde estas se encuentren y además les indicará a los enfermos y acompañantes las formas y los lugares por donde llegar a ellas.

Examinará las personas ajenas que hayan accedido al hospital, prohibiendo así la entrada a toda personas que pueda padecer síntomas de embriaguez, suciedad o tengan la sospecha que pueden armar un alboroto, ya que el centro hospitalario es un lugar serio.

Impedirán el acceso de comida y bebida que vengan del exterior, ya que este tipo de comidas y bebidas no están permitidas en el centro hospitalario, pudiendo así obligar a las personas a dejarlas en la guardia y custodia en el mostrador.

Llevarán a los enfermos hasta el interior de las plantas hospitalarias en caso de que sean ingresos, también los guiarán al quirófano o al hospital de día, eso sí siempre el enfermo debe de estar debidamente identificado mediante una pulsera, que deberá portar el enfermo en una de sus muñecas.

Recogerán la correspondencia diaria y se le confiará de ordenarla, dependiendo de si el correo es interno para los distintos departamentos o simplemente es un correo exterior que eso implicará que son para los domicilios particulares o para los centros de salud de la provincia.

Asignarán el correo que sea interno de los distintos departamentos que ellos tengan exclusivamente estipulados, el resto de cartería lo repartirá el celador de retén.

Brindarán una silla de ruedas a las personas que las necesiten para poder acceder o para poder llegar hasta el lugar donde se encuentre asignada su consulta externa.

Velarán por el orden y por el máximo silencio posible en su zona de trabajo.

Señalizarán a los familiares de los enfermos los horarios y los días que le medico podrá atenderles, apuntándolos en las listas con su nombre y apellidos, el número de habitación donde se encuentre y la especialidad a la que el enfermo corresponde. además también el jefe subalterno les puede delegar otra serie de labores que ellos deben de realizar, eso si tienen que especificar y que sean correspondientes a su puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores que se encomendarán del punto de información, son las primeras personas que dan la bienvenida al paciente o acompañante, por lo que deben de tener un tacto muy especial a la hora de asistirlos y de responderles las preguntas que estos les puedan realizar.

Los celadores que se encomienden en este puesto deben ser personas extravertidas y cautelosas además de tener una paciencia extrema.

Tienen la obligación de no faltar jamás el respeto a las personas o a los pacientes y permitirles la información apropiada sin olvidar la ley de protección de datos.

El celador de información debe tener vigente algunos valores, que para este puesto son muy necesarios, deben de saber situar al enfermo y además de tratar a todo el mundo igual, sin hacer ninguna excepción.

Tienen que tener confidencialidad sobre la información que ellos tengan y también deben dar prioridad y objetividad a los diferentes problemas.

También deben de entender y realizar una justa valoración de las diferentes demandas que pueden realizarle los enfermos o sus acompañantes.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Funciones del Auxiliar de Enfermería en las distintas áreas o Servicios - T.C.A.E. (s/f). Auxiliar-enfermeria.com. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm

Oposiciones.es. (2021, julio 20). Oposiciones.es. <https://oposiciones.es/>

Capítulo 479

LOS CELADORES Y LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR EN EL SERVICIO COMPLEJO DE UCI

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La siglas de U.C.I viene de las palabras: Unidad de Cuidados Intensivos, esta unidad ofrece unos cuidados "intensivos" que son normalmente de 24H continuas, estos cuidados se ofrecen a pacientes con enfermedades o patologías mas graves que el resto, es decir, mas graves que las patologías que se pueden presentar en una planta de hospitalización convencional.

Cuando nos referimos a la UCI nos estamos refiriendo al servicio más complejo y además obligatorio de todo centro hospitalario.

El servicio de uci es uno de muchos servicios hospitalarios de alta complejidad.

El cuidado intensivo se crea en los años 1850 debido a las altas cantidades de heridos en las guerras, debido a un parón de guerras la uci desaparece y vuelve

con la reaparición en el año 1920 ante la urgencia de tener una sala que sirviera de cuidados post-operatorios.

El personal que trabaja en la UCI debe de ser un personal altamente cualificado y muy bien preparado, ya que no sabe a qué se va a enfrentar día a día.

El celador de UCI debe de ser un celador altamente perfectamente y además muy bien formado y tiene que saber a la perfección como se llevará a cabo los diferentes cambios posturales a este tipo de pacientes tan especial, ya que son enfermos que no se valen por ellos mismos, y además hay que saber que a este tipo de enfermos hay que realizarles los movimientos lo mas pausados posibles y a la vez que el equipo médico.

2 Objetivos

Lo que esperamos conseguir con este breve texto adentrarnos un poco más a la forma de trabajo que tiene en uno de los servicios más complejos de los hospitales y conocer de cerca la forma de actuar en los momentos más críticos al personal.

3 Metodología

Para realizar este breve capítulo hemos obtenido la información de : Medline, Scielo, Auxiliar- Enfermería.

Además hemos podido contrastar la información con los siguientes centros hospitalarios: Hospital Universitario General de Ciudad Real, Complejo Hospitalario de Toledo.

Las palabras mas utilizadas son: Celador, Funciones, Uci.

4 Resultados

Trasladarán a los enfermos desde los servicios de hospitalización hasta el área de uci, portando consigo el historial clínico del paciente.

Trasladarán y alistarán al enfermo en la cama que le corresponda del box indicado, siempre teniendo en cuenta que son pacientes mas especiales además de críticos y por ello el manejo de estos, debe de ser extremando la seguridad y hacerlo con el máximo cuidado posible.

Cooperarán junto con el resto de equipo sanitario a la efectuación de los aseos para los pacientes, el celador se ocupará de la movilización junto con la enfermera, quien ocupará de la cabeza, ya que esta lleva muchos aparatajes y vías.

los celadores deben de tener el conocimiento exacto de todos los tipos de movilizaciones que se les puede y debe de realizar a estos pacientes, ya que estas movilizaciones les sirve para evitar en la piel algunas lesiones, úlceras, etc.

Transportarán los aparatos, instrumentos o material que les indiquen los médicos, enfermeros o supervisores.

Este tipo de pacientes al ser críticos tiene las defensas mas bajas que otros tipos enfermos, así que los celadores y el personal sanitario deberán vestirse con batas asépticas, esas batas se las desecharán de un paciente a otro, ya que pueden contaminar a los demás pacientes, estas se dejarán en el box correspondiente del paciente en el que se hayan utilizado.

Transportarán a los enfermos a las distintas pruebas que le haya pedido al médico, por ejemplo al tac, los celadores tienen que ir siempre acompañados por un médico y además de dos enfermeras, por lo que le pueda ocurrir en el trayecto al enfermo.

Los celadores transportarán a los enfermos de las UCI cuando se les haya realizado el alta, estos subirán a la planta de hospitalización pertinente, ya que dependiendo de sus patologías van a una planta u otra, serán subidos junto con su enfermera, esta dará las explicaciones en el mostrador de la planta y pondrá al día a sus compañeras, mientras su celador y el celador de la planta hacen el cambio de cama.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que se encuentran en la uci por su gran complejidad tiene que sentirse como que se encuentran seguros, ya que van a obtener unos cuidados necesarios además de extras para evitar que sus enfermedades, patologías o simplemente su salud no empeore, sino que vaya a mejor día a día.

Estos enfermos tienen que ser consecuentes de que tiene un gran grupo de sanitarios específicamente para ellos, y que van a estar atendidos durante las 24 horas del día.

Con estos protocolos y estas acciones el personal tanto sanitario como no sanitario, podrán conseguir que el enfermo no empeore en cuanto a la salud nos referimos y además con estas acciones conseguimos que la imagen de los centros hospitales sea cada día mejor y también se logra que se hable bien de los equipos que forman estos complejos hospitalarios.

6 Bibliografía

Ortega, S. R. L. (s/f). Auxiliar de Enfermería - TCAE - Protocolos, Diccionario y Test Online. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <http://www.auxiliar-enfermeria.com>

¿Qué es un celador y qué hace? (2018, septiembre 21). Ifp.es. <https://www.ifp.es/blog/que-es-un-celador-y-que-hace>

(S/f-d). Ivo.es. Recuperado el 22 de septiembre de 2022, de https://www.ivo.es/wp-content/uploads/2021/03/IVO_Guia-Paciente-Hospitalizado_1a.pdf

Capítulo 480

EL ALMACÉN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS CELADORES QUE TRABAJAN EN ÉL

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El almacén del hospital es un área construida específicamente para colocar en él, cualquier tipo de mercancía o cualquier tipo de material sanitario.

El almacén debe de tener una gran capacidad junto con un acondicionamiento y unas condiciones óptimas y perfectas para conseguir que el material se mantenga en unas condiciones óptimas e idóneas.

Una vez que las mercancías lleguen al almacén, será el celador el encargado de admitir la mercancía que lleguen en los camiones, además verificará el material entrante y él quien se ocupe de distribuirlo por las distintas estanterías que conforman y dan orden al almacén general.

Decimos que el almacén general es importante, porque será el gran suministrador para todo el hospital y también de los centros de atención primaria, pero no solo

suministrara a los centros de atención primaria de la capital, sino que también suministrará a todos los centros sanitarios de atención primaria de la provincia, por eso decimos que es una parte fundamental para el buen desarrollo y funcionamiento de cualquier instalación sanitaria.

Este almacén se podrá localizar dentro del propio hospital, pero en los sótanos, ya que tiene que tener un muelle de carga y descarga, o en algunos centros hospitalarios lo podemos encontrar a las afueras, como en un edificio anexo al hospital.

2 Objetivos

Con este capítulo lo que queremos conseguir es enseñar un poco las entrañas de las instalaciones sanitarias, ya que muchas personas desconocen que los centros hospitalarios tengan un almacén general.

3 Metodología

Para la realización de este complejo capítulo hemos necesitado la ayuda de la información ofrecida por el Hospital Universitario de Guadalajara.

Además hemos contrastado la información con las siguientes páginas: Medline, Scielo, Auxiliar-Enfermería.

Las palabras mas utilizadas son: Celador, Funciones, Servicio.

4 Resultados

Para entender un poco lo que son las funciones de los celadores, vamos a describir como están organizados los almacenes generales.

El almacén se encuentra ordenado alfabéticamente o muchas veces también por los números de referencia de los materiales que reciben, el material se encuentra repartido en grandes estanterías.

Los materiales llegan al almacén de los proveedores del exterior, es decir, son de origen externo

Los materiales recibidos son redistribuidos nuevamente por los diferentes servicios de las instituciones sanitarias (ya sean hospitales o centros de atención primaria).

Al almacén general no le debe de faltar material, ya que si esto sucediera sería el hospital o los centros de atención primaria los que lo sufrirían en mayor consecuencia, es por eso por lo que las personas que se encuentran en él deben de

saber y de conocer cuáles son los materiales indispensables y totalmente necesarios para estas instituciones.

Una vez se sepa las cantidades, necesidades y tipo de materiales que las instituciones sanitarias necesitan, el personal que trabaje allí serán los encargados de realizar las compras con una tramitación reglamentaria y además será a través de las oficinas de administración del almacén general.

Una vez explicado el proceso o los procedimientos que se ha de seguir para obtener el material necesario, comenzaremos a explicar cuáles son las funciones de los celadores dentro de este servicio una vez que sea aceptado todo el material: Los celadores de muelle, serán los encargados de recibir la mercancía, comprobarla y señalarla, además si la mercancía no está correcta o por algún casual se equivocaron de material, serán estos celadores los que realicen la petición de devolución del material.

Una vez el material haya sido recepcionado por estos celadores, el material pasará adentro de las instalaciones y serán los celadores del almacén los encargados de colocar y ordenar todo el material en sus estanterías.

Junto con los celadores, en un pequeño despacho se encuentran los auxiliares administrativos, estos sacarán de forma diaria los pedidos de los diferentes servicios que componen el hospital, para que los celadores del almacén los empiecen a preparar.

Una vez los celadores tengan en sus manos los papeles de encargos de los servicios, empezarán a colocar en cajas los diferentes materiales, colocarán primero los materiales de gran tamaño o de gran peso y encima colocarán los de menor tamaño o de poco peso.

Una vez estén terminados los pedidos, será el celador de reparto quien se encargará junto con un trapalet (en caso de que sean pedidos grandes) de ir dejando los pedidos en los diferentes servicios hospitalarios.

La función de aprovisionamiento que cumple el almacén habita en el control de que el centro tiene que tener siempre la cantidad apropiada de los productos necesitados.

Se crea un plan especial para realizar la compra de los materiales que se necesitan, una cantidad adecuada para el momento necesario, y con la previsión suficiente para abastecer el almacén general.

A la hora de efectuar el pedido de los materiales, hay un procedimiento administrativo que realiza los contratos con los proveedores, en él se explica el modo de conseguir los productos y los servicios que son necesitados para el almacén general.

Los diferentes contratos con los proveedores deben ser dirigidos según la ley

9/2017 de 8 de noviembre, en esa ley describe se describe los contratos del sector público.

La petición del material la efectuará la sección administrativa de suministros, esta se encuentra dentro del almacén general, una vez se haya ejecutado la compra del material necesario.

Los celadores procederán a hacerse cargo de la organización de los materiales recibidos para más tarde colocarlos en las diferentes estanterías correspondientes.

Se anota el numero del pedido y también el nombre del proveedor, el transportista le cederá en la mano el albarán al celador, este verificará la mercancía y una vez sea verificada junto con el albarán aceptará la mercancía siempre y cuando esté bien hecho el encargo.

Una vez recibida y descargada la mercancía, el celador deberá contar los bultos, y estos tendrán que coincidir con el número de albaranes que haya.

Repasarán las etiquetas, unidades y el conjunto de todo el material.

Visualizarán la calidad de los materiales que hayan recibido.

Una vez entregado el material, se colocará con su debido número de referencia.

En los almacenes de los hospitales o centros sanitarios, nos podemos encontrar con distintas zonas.

En un primer lugar nos encontramos con el área de carga y descarga, allí se efectúa la descarga de los camiones, y es el primer sitio donde nosotros recibimos el cargamento.

En un segundo lugar localizamos la zona de almacenaje, allí se trasladan los materiales que ya hayan sido aceptados, una vez aceptado el material son los celadores los encargados de colocar el material en las distintas estanterías, los pueden colocar en orden alfabético, o por los números de referencia que deben de tener cada uno de los materiales que entran en el almacén general.

Mas adentro del área nos encontramos la zona de preparación, aquí se organizan los pedidos que requieren las distintas áreas o servicios del hospital, desde las plantas de hospitalización hasta las plantas con mas complejidad, abasteciendo también las distintas secretarías de cada especialidad.

Profundizando un poco más nos encontramos las zonas de oficina, en estas zonas localizamos a los administrativos, estos las personas encargadas de organizar mediante fechas los albaranes de los distintos pedidos, también son los encargados de registrar los pedidos en sus ordenadores, ya que son ellos los que obtienen mediante la vía telemática los pedidos. y por último también podemos localizar las zonas de descanso para todos los trabajadores.

Vamos a dejar claro que todos los pedidos son realizados por los celadores, los

trabajadores del almacén son celadores y administrativo.

Estos pedidos son en todo momento hecho y ordenados por los celadores del almacén general.

En el pedido que se encuentre ya terminado, localizaremos un albarán con las cantidades y los números de referencia de los diferentes materiales que se encuentran en el pedido, este albarán es modificado por el almacén general además en él debe constar la firma del responsable del almacén, esta firma indica que el pedido está completo y que puede ser repartido al servicio que lo haya demandado.

Todas las semanas los celadores deben de realizar un inventario para saber cuánto material en las estanterías o en la zona de almacenaje, esto se realiza para saber si hay que pedir más suministro o tienen bastante hasta la siguiente semana.

Comprobarán los albaranes junto con las mercancías que se han recibido, una vez que se comprueben y que se demuestre que todo cuadra, los albaranes y las mercancías, estas serán repartidas por las distintas áreas del hospital.

5 Discusión-Conclusión

La verdadera intención de tener un almacén general en las instituciones sanitarias es para favorecer y asegurar un abastecimiento para las diferentes zonas o unidades del centro en cualquier momento y con unas tarifas bastante asequibles. En este área del hospital, no podemos dejar en el olvido las diferentes labores que realiza el celador, pues ya que son ellos los que movilizan todo el almacén general.

Son los encargados de acoger, aceptar y clasificar la diferente mercancía de una forma rápida y eficaz para más tarde, realizar el transporte de los pedidos a las diferentes plantas y distintas áreas del hospital.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Biomaro labs. (2021, noviembre 11). Biomaro. <https://biomaro.com/>

Ciudadanos. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <https://www.saludcastillayleon.es/>

Capítulo 481

EL CELADOR Y ACTUACIÓN EN SALUD MENTAL

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

1 Introducción

En esta instancia de salud, el punto de acceso al resto de dispositivos sociosanitarios es el centro de salud mental.

- Unidad de hospitalización psiquiátrica 24 horas.
- Hospital de Día (normalmente abierto de 9 a 17 horas).
- Herramientas intermedias o de rehabilitación (vivienda protegida, instalaciones a medio o largo plazo).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones típicas de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. La OMS define la enfermedad mental como un cambio en el funcionamiento mental que es lo suficientemente pronunciado y tiene un conjunto de características clínicas específicas para calificar como tal uniformemente reconocible con referencia a un

modelo definido con precisión, y lo suficientemente grave como para resultar en una pérdida de capacidad profesional o adaptación social que se traduce en términos concretos por ausencia del trabajo o por intervenciones judiciales o sociales. La psiquiatría es el área de la medicina que investiga, reconoce, maneja y previene las enfermedades mentales, así como los trastornos de la personalidad y del comportamiento.

Las siguientes son categorías para enfermedades mentales.

- La condición mental conocida como psicosis se caracteriza por una pérdida de la conciencia de la realidad.
- Las neurosis, que son trastornos neurológicos caracterizados por dificultades sensoriales y motoras.

2 Objetivos

Dado que el guardia es miembro del equipo multidisciplinario que brinda atención a estos pacientes, el objetivo principal es desarrollar los roles que desempeña en los centros de salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de libros y se consultaron varios artículos de diversas revistas y las bases de datos Pubmed, Medline y Scielo, así como una selección de artículos relacionados con el ordenanza.

4 Resultados

Son funciones del celador de Psiquiatría las siguientes:

- Cuidar el entorno en el que se encuentran los pacientes bajando las persianas por la noche y subiéndolas por la mañana.
- Asistir y vigilar a los pacientes que necesitan limpieza mientras se realiza.
- Regula quién tiene acceso a la Unidad y cómo se mueve por ella.
- Reunir medicamentos y otros suministros de farmacia.
- Caminar junto a pacientes y personal médico por los jardines cercanos al Centro.
- Vigile a los pacientes mientras están afuera en espacios confinados o mientras salen a caminar.

- Ayudar a los profesionales médicos con la administración de inyectables y el tratamiento de pacientes que no pueden cooperar.

Reduce los pacientes agitados al trabajar con otros profesionales de la unidad. Sostener a pacientes alterados que necesitan soporte mecánico (soporte terapéutico), por ejemplo.

Observe la puerta de acceso a la Unidad Vigilando las puertas y ventanas.

- Regula la distribución de tabaco a los pacientes que tengan permitido hacerlo.
- Traslado de pacientes a las Unidades del Centro que lo necesiten.
- Traslados en ambulancias con pacientes a cuestas.

La respuesta del celador a un paciente deprimido que presenta riesgo de suicidio es que el celador debe mantener contacto visual constante mientras mantiene una actitud de escucha.

- Asegúrate de no tener a tu alcance nada que puedas usar para lastimarte.
- Familiarizarse con los signos de alerta y alertar a enfermería ante cualquier cambio de comportamiento. Debe tener en cuenta que cuando parece sentirse mejor, aumenta el riesgo de suicidio.
- Que su médico evalúe periódicamente el alcance de las medidas de prevención del suicidio.

El celador debe llamar al médico y la enfermera de guardia de la unidad de inmediato si se encuentran con un paciente agitado.

5 Discusión-Conclusión

Dado que la atención psiquiátrica ha experimentado unos cambios significativos recientemente, es imperativo comprender los deberes de un celador en los centros hospitalarios de salud mental. Siempre que sea necesaria la hospitalización de un paciente tras sufrir una crisis, los enfermos mentales pueden recibir una atención tanto en ambulatorios como en hospitales. La creación de unidades psiquiátricas dentro de los propios hospitales hoy elimina el estigma asociado con la enfermedad mental que existía cuando los pacientes eran admitidos en "manicomios" ubicados fuera de las ciudades. El celador participa en el trabajo en equipo que se realiza en estas unidades psiquiátricas.

6 Bibliografía

- Pubmed
- www.revistamedica.com
- www.scielo.org

Capítulo 482

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

1 Introducción

El servicio de la unidad de cuidados intensivos (UCI) deberá tomar una serie de precauciones especiales y particularidades en su proceder que atiendan al estado de salud generalmente frágil de los pacientes. El objetivo principal de esta unidad es brindar a los reclusos atención médica integral en un entorno con estrictos controles ambientales. Debido a todos estos factores, el celador que trabaja en la unidad de cuidados intensivos necesitará instrucción cuidadosa en la práctica de cambios posturales porque la salud de los pacientes ya está comprometida cuando están allí. Su manipulación requiere extrema precaución porque incluso el más mínimo movimiento podría tener efectos perjudiciales en el estado físico general del recluso. El uso correcto del equipo médico que el celador que lo porte esté obligado a utilizar en el desempeño de sus funciones en la unidad de cuidados intensivos es igualmente importante a lo señalado en el párrafo anterior. En tal escenario, debemos comprender eso. El riesgo de introducir patógenos que puedan

dañar a los pacientes debe reducirse al mínimo cuando se alojan pacientes en estado crítico. En este sentido, es importante recalcar la exigencia urgente del uso de batas asépticas siempre que haya contacto directo con el paciente, así como la necesidad de seguir meticulosamente el protocolo de desinfección.

2 Objetivos

El objetivo es resaltar las diversas tareas que realiza el celador en la unidad de cuidados intensivos, así como las precauciones de seguridad que se deben tomar allí debido a la precaria salud de los pacientes.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se cruzaron artículos de las principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo con artículos seleccionados.

4 Resultados

En la unidad de cuidados intensivos consiste en coger, mirar detenidamente cada tratamiento específico y utilizar los materiales adecuados para la atención de los pacientes que estén en un estado grave y necesiten una atención intensa y seguida. Los celadores que están situados en esta planta tienen que estar preparados y con los conocimientos desarrollados para una correcta manera de actuar. La unidad de cuidados intensivos del hospital es un lugar con muchas características únicas, como predijimos en la introducción. Una situación que puede explicarse teniendo en cuenta su estado crítico están las personas que lo utilizan, que suelen tener patologías complicadas que ponen en peligro su vida y necesitan un cuidado mucho más minucioso que los pacientes típicos. Debido a que estos pacientes necesitan un control constante y minucioso de sus signos vitales, así como una atención integral ininterrumpida, veremos una verdadera demostración del trabajo coordinado de los distintos médicos especialistas las 24 horas del día en la unidad de cuidados intensivos. El riesgo aumenta cuando tenemos ante nosotros pacientes en un estado tan delicado y las consecuencias de contraer una infección empeoran exponencialmente, un problema que afectará el comportamiento de todo el personal.

Esta área debe mantenerse higiénica y los materiales utilizados para construirla deben ser apropiados. Cuando se habla específicamente del celador, es crucial que cumpla estrictamente con el protocolo de asepsia, lo que requerirá que siempre esté debidamente uniformado y siga las reglas.

Cada vez que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, usa el baño. En este punto, cabe recalcar que es obligatorio utilizar el equipo de protección adecuado en respuesta a las patologías de cada paciente cuando el celador necesita moverse o cambiar su postura.

Interna, debe realizarla con sumo cuidado para no obstruir los soportes que requieren y debe mantener una higiene continua para prevenir posibles infecciones nosocomiales en pacientes vulnerables.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores cumplen funciones específicas que están respaldadas por estatutos legales; estas bases legales están contenidas en los manuales de procedimientos de atención primaria utilizados por las redes hospitalarias. En consecuencia, tienen un papel claramente definido en relación con el personal de enfermería y los auxiliares de enfermería que actúan en la unidad de cuidados intensivos.

En el caso de los celadores es aconsejable que mantengan actualizados los conocimientos y reciban formación continua, mencionados para llevar a cabo las correspondientes ocupaciones propias, delegadas y de equipo.

Los miembros del personal de la unidad de cuidados intensivos deben actuar con rapidez cuando atienden a pacientes que tienen tendencia a la inestabilidad, por lo que siempre deben estar atentos a cooperar con las órdenes.

6 Bibliografía

-www.google.com
-www.revistamedica.com

Capítulo 483

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA DE UN HOSPITAL Y LOS GRUPOS ELECTRÓGENOS

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

El grupo electrógeno es un tipo de instalación eléctrica que utiliza un motor de combustión interna para mover un generador eléctrico. La conversión principal de la capacidad calorífica por parte del grupo electrógeno es de energía mecánica a eléctrica, primero en forma mecánica. Aparte de otras partes esenciales como el tanque de combustible, el panel de control, la batería y el silenciador, el motor y el alternador son los más importantes. Es típico que estas partes funcionen con combustibles como gas natural, biogás y diésel. Los grupos electrógenos se utilizan normalmente en lugares sin acceso a la red eléctrica general, en lugares donde se producen cortes de energía frecuentes y en lugares donde se requiere un suministro constante de electricidad, como son los hospitales.

Las instalaciones hospitalarias son estructuras cruciales para brindar atención médica y, para garantizar la operación eficiente de sus servicios, es esencial que siempre tengan acceso a fuentes confiables de corriente eléctrica. Un corte de energía presenta un riesgo grave porque desactiva la iluminación, los sistemas de ventilación, los quirófanos, los servicios de radiología, los sistemas de monitoreo de pacientes y muchos otros dispositivos médicos. En este punto, los grupos electrógenos y/o generadores eléctricos asumen un papel importante, ya que sirven tanto como plan de respaldo como para asegurar el suministro de energía eléctrica, necesaria para mantener la continuidad de la atención al paciente y usuario.

2 Objetivos

Conocer la importancia de los grupos electrógenos en el suministro fiable de electricidad de los centros hospitalarios y las funciones por parte del profesional electricista en el mantenimiento de los grupos electrógenos.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo. Se utilizaron las bases de datos Pubmed, Medline y Scielo para buscar artículos, y se eligieron artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

La activación automática de los grupos electrógenos en caso de un corte general de energía asegura un suministro de energía constante y confiable. Los dispositivos instalados en estas instalaciones pueden activar instantáneamente el grupo electrógeno cuando la red falla, evitando cualquier interrupción del suministro. Los generadores de hospitales son esenciales, eso está claro. Los servicios de salud pueden continuar operando ininterrumpidamente ante posibles cortes de energía o situaciones de emergencia, asegurando la atención necesaria a los pacientes, especialmente cuando se trata de pacientes en situación crítica.

Para garantizar el correcto funcionamiento de los grupos electrógenos en las instalaciones hospitalarias en caso de emergencia, el mantenimiento por parte de electricistas y mecánicos es crucial. Al realizar el mantenimiento, estos expertos

deben tener en cuenta una serie de factores como: realizar el mantenimiento preventivo de rutina, que incluye la inspección del motor, el sistema de control, el alternador, el sistema de arranque y el sistema que carga las baterías. Realizarán tareas como la limpieza general del grupo electrógeno, control de temperatura, control de nivel de aceite y agua, cambio de aceite de motor y los cambios necesarios de filtros, correas, revisión de baterías, revisión de contactos eléctricos, entre otras.

Las inspecciones periódicas son necesarias para encontrar problemas potenciales a tiempo y repararlos lo más rápido posible. Harán pruebas de carga, verificarán las conexiones con la red eléctrica del hospital, revisarán todas las normas y especificaciones, y prepararán un plan de respaldo para que, en caso de que falle el grupo electrógeno, puedan tomar las medidas correspondientes en caso de una emergencia. identificar los equipos y aparatos médicos críticos.

Los electricistas autorizados de los hospitales son los encargados de mantenerlo en un correcto funcionamiento.

5 Discusión-Conclusión

Debido a su capacidad para garantizar un suministro de electricidad constante y confiable en caso de un corte de energía en la red principal, los grupos electrógenos son la principal solución de respaldo para centros de salud y hospitales. Estos sistemas generan energía porque se activan automáticamente, asegurando que los servicios de salud nunca se vean afectados por una falta de energía y, en consecuencia, asegurando que el paciente reciba una atención de alta calidad, especialmente en situaciones de urgencia.

La aplicación del mantenimiento de los grupos electrógenos está bajo la supervisión de un electricista y mecánico calificado, quien también es responsable de asegurar que los mismos estén funcionando correctamente.

6 Bibliografía

1. Qué es un grupo electrógeno [Internet]. Autosolar.es. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://autosolar.es/aspectos-tecnicos/que-es-un-grupo-electrogenero>
2. Wikipedia contributors. Grupo electrógeno [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Grupo_electr%C3%B3geno&oldid=151551204

Capítulo 484

EL ELECTRICISTA Y LAS BATERÍAS DE CONDENSADORES Y SISTEMAS DE ALIMENTACIÓN ININTERRUMPIDA (SAIS) EN LOS HOSPITALES

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Numerosos dispositivos y sistemas electrónicos se utilizan en hospitales e instalaciones sanitarias y funcionan con electricidad. Las fuentes de energía son un componente crucial y necesario para que este tipo de energía se suministre de manera consistente, confiable y estable para evitar dañar cualquier equipo o maquinaria y asegurar su correcto funcionamiento en caso de una interrupción o falla del suministro eléctrico. Debido a esto, normalmente hay múltiples sistemas de baterías portátiles instalados en empresas y edificios públicos, como son los hospitales, para brindar protección adicional para servidores, sistemas y equipos electrónicos.

Cuando se escribe en inglés, SAI (sistema de alimentación ininterrumpida) significa "Fuente de alimentación ininterrumpida", es decir que no se para.

El propósito principal de un SAI es suministrar energía a todos los dispositivos constantemente conectados, incluso cuando se corta la fuente de alimentación. Estos dispositivos pueden suministrar energía durante un corto período de tiempo para darnos tiempo de guardar datos, hacer copias de seguridad y apagar los dispositivos electrónicos de manera adecuada y completa. Los sistemas de alimentación ininterrumpida son equipos que cuentan con un sistema de baterías que se activan cuando detectan una falla eléctrica.

Hay varios tipos de SAI disponibles en el mercado, y cada modelo tiene características únicas según el uso que recibirá.

2 Objetivos

Los sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI) deben describirse y demostrarse, además de cómo funcionan y cómo los mantienen un electricista en el hospital.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo. Se utilizaron las bases de datos Pubmed, Medline y Scielo para buscar artículos, y se eligieron artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Dado que las baterías del SAI siempre se alimentarán con corriente continua mientras que las fuentes de alimentación de los sistemas y dispositivos se alimentarán siempre con corriente alterna, el SAI debe disponer de un sistema de conversión entre los dos tipos de corriente.

Hay varios tipos de SAI disponibles en el mercado, y cada modelo tiene características únicas según el uso que recibirá.

-Los SAI fuera de línea son los más comunes en el mercado nacional porque protegen solo en caso de corte de energía y tienen baterías de corta duración. Son el modelo más sencillo y no protegen activamente contra sobretensiones prolongadas ni filtran la señal de corriente.

-SAI de línea interactiva: debido al buen equilibrio entre precio y prestaciones, los SAI interactivos son los más populares y habituales. Mitigan los picos de voltaje, brindan respaldo durante los cortes de energía, protegen contra el bajo o el sobrevoltaje y filtran el ruido de la señal eléctrica. Están equipados con un transformador dinámico que actúa como filtro para estabilizar la corriente y eliminar los picos de tensión, que con frecuencia provocan múltiples averías.

-El SAI online: es el más completo es un SAI en línea porque ofrece más protección. Al igual que los anteriores, protege contra picos de voltaje (bajo voltaje e hipervoltaje), pero también protege contra distorsiones de onda alterna, cambios de frecuencia y cortes de energía. actual. Estos SAI crean una señal completamente nueva mediante el uso de un sistema de conversión completo de la corriente de entrada para lograrlo. La electricidad se convierte en corriente continua para almacenarse y pasar a través de las baterías antes de volver a convertirse en corriente alterna para alimentar los dispositivos conectados. De esta manera, el SAI genera una nueva señal independiente de la señal entrante. Estos son los que se aconsejan en los establecimientos médicos que emplean la tecnología necesaria para la atención médica continua.

5 Discusión-Conclusión

En edificios de alto consumo eléctrico, como hospitales, se debe garantizar el correcto y continuo funcionamiento de todos los dispositivos electrónicos. Los SAI suministran energía de forma continua y sin picos y bajas de intensidad, protegiendo los dispositivos electrónicos.

Los SAI protegen maquinaria y equipos que dependen de la electricidad para funcionar de:

- Picos y valles de tensión.
- Una fuente de energía fluctuante.
- Posibles apagones.
- La señal actual está distorsionada.
- Sobre tensiones de larga duración.

Los electricistas autorizados de los hospitales son responsables de realizar el mantenimiento de rutina de los SAI, incluida la revisión y el reemplazo de sus baterías según sea necesario y la documentación de cualquier anomalía o incidente que detecten.

6 Bibliografía

1. Sistema de alimentación ininterrumpida (SAI) [Internet]. Idae.es. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.idae.es/tecnologias/eficiencia-energetica/edificacion/sistema-de-alimentacion-ininterrumpida-sai>
2. Alonso R. ¿Cómo funciona un SAI para mantener tu PC encendido si se va la luz? [Internet]. HardZone. 2019 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://hardzone.es/tutoriales/componentes/como-funciona-sai/>

Capítulo 485

EL ELECTRICISTA Y LA INTERPRETACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS CUADROS ELÉCTRICOS DE UN HOSPITAL

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

En un hospital, la electricidad se utiliza con frecuencia. Para abastecer sus instalaciones sin sobrecargar las redes de baja tensión cercanas, necesita un centro de transformación de alta tensión a baja tensión. Después de pasar por los transformadores, las celdas de protección y medición y un panel o centro de distribución considerable, la corriente regresa a los transformadores. Se pueden dividir los cuadros y subcuadros eléctricos en varios grupos y distribuirlos entre plantas y zonas. Debido a que hay tantas cajas, deben estar marcadas e identificadas. Para proteger todas las líneas eléctricas de los cuadros, se deben utilizar interruptores automáticos y diferenciales en el cuadro de distribución del que salen.

Diariamente, las responsabilidades del electricista incluyen lidiar con una variedad de apagones, derivaciones y cortes por sobrecarga en una variedad de departamentos del hospital. Dependiendo del trabajo realizado en él.

En comparación con otras habitaciones, estas tienen una mayor prioridad para la restauración de energía. Cuando hay un corte de energía, es imperativo que las áreas con pacientes críticos cuenten con baterías de respaldo en sus equipos, como los laboratorios que usan reactivos. Cuando se utiliza el SAI en estos escenarios, solo se nos brinda un breve período de tiempo para poder reparar el suministro.

2 Objetivos

Conocer cómo mantener los paneles o cuadros eléctricos del hospital y lo que hace un electricista como personal de mantenimiento.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo. Se utilizaron las bases de datos Pubmed, Medline y Scielo para buscar artículos, y se eligieron artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

La electricidad se distribuye a los distintos cuadros eléctricos situados en las plantas y en los distintos servicios desde una ubicación central en cada hospital.

Cada hospital dispone de una sala donde se distribuye la energía eléctrica a los distintos cuadros eléctricos que se encuentran en las plantas y diversos servicios. En cada hospital existe una sala donde se distribuye la energía eléctrica a los distintos cuadros eléctricos que se encuentran en las plantas y en los distintos servicios.

La electricidad se distribuye a los distintos cuadros eléctricos situados en las plantas y en los distintos servicios desde una ubicación central en cada hospital.

Esta sala, o panel principal, muestra las salas de primera línea.

Las reparaciones de equipos y paneles de servicio deben estar completamente a salvo de cortes de energía. Los paneles de la sala principal están cableados con

disyuntores y RCD de alto amperaje y baja sensibilidad. En lugar de proteger a las personas, están allí para proteger las líneas que se conectan a otros paneles. En uno de los tableros o subtableros de la planta, la línea de alimentación ingresa a un interruptor general tetrapolar. El amperaje de este interruptor debe ser lo suficientemente alto para soportar el funcionamiento regular de los servicios que se ofrecen. Después de eso, se usa un RCD estándar de cuatro polos con un amperaje típico de 300 mA. Este RCD debe tener un amperaje más alto que el disyuntor estándar para evitar la degradación. Cuando los motores trifásicos no están presentes, la corriente viaja desde el diferencial a las distintas distribuciones que componen el panel y normalmente se distribuye en tres ramas, una para cada fase.

Cada ramal debe contar con un disyuntor general, de 30 mA diferencial, y los distintos interruptores automáticos (PIA) que alimentan los distintos servicios, como alumbrado, tomacorrientes, alumbrado de emergencia, etc. El disparo térmico y el disparo electromagnético directo son funciones de interruptor disponibles, pero la atenuación no es una opción. Las propiedades de corriente y tiempo de viaje están estandarizadas. La capacidad de interrupción mínima para un interruptor automático es de 4500 amperios, aunque los fabricantes suelen estandarizar en 6 kA.

La mayoría de las veces, los disyuntores y fusibles más antiguos se encuentran en los paneles de fusibles. No es posible restablecer un fusible que ya se ha quemado, en su lugar, se debe instalar un fusible nuevo con las mismas especificaciones.

5 Discusión-Conclusión

El correcto mantenimiento por parte del electricista de los interruptores magnetotérmicos y diferenciales de los cuadros eléctricos asegura la protección de los conductores eléctricos, motores, equipos y lo más importante, de las personas ante cualquier imprevisto relacionado con la corriente.

Podemos lograr nuestros objetivos comprendiendo las normas, poniéndolas en práctica y utilizando los numerosos controles y productos de protección que ofrecen los fabricantes.

Este trabajo lo debe realizar un electricista hospitalario, el cual debe contar con la protección adecuada contra contactos directos e indirectos, sobrecorrientes y sobrecargas.

Si los dispositivos de protección están bien distribuidos, tanto vertical como horizontalmente, podremos detectar más rápidamente el mal funcionamiento o la avería de una máquina o circuito.

6 Bibliografía

1. Microsoft Word - ITC-BT-17 guía E Sep 20 R2.doc (industria.gob.es)
2. <https://www.cadenzaelectric.com/blog/que-es-un-diferencial-superinmunizado>
3. www.scielo.org

Capítulo 486

EL PLANCHADOR/A, FACTORES PARA ELEGIR EL EQUIPAMIENTO NECESARIO DE LA ZONA DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

1 Introducción

El tratamiento de la ropa que se realiza en una lavandería es un proceso continuo que se lleva a cabo en fases separadas y siguiendo el principio de no retroceso. Como debemos saber, es necesaria la separación de dos zonas (zona sucia y zona limpia) por una barrera sanitaria. Cada fase se lleva a cabo en áreas separadas que contarán con el equipamiento necesario, los suministros y el personal necesario para las labores que allí se realicen.

El equipamiento e instalaciones vamos a entenderlo referido a la maquinaria que es necesaria para que funcione cada zona de lavandería (incluido el área de planchado), mientras que el material lo entendemos referido a los tipos de productos necesarios para realizar el lavado, secado, planchado, arreglos de las prendas.

La elección de la maquinaria de lavandería es muy importante tanto si se pretende montar una instalación nueva como si se trata de remodelar o modernizar una ya existente.

Se debe considerar tarea a realizar, la capacidad y potencia del aparato, el consumo y el número necesario, así como el espacio disponible.

En cuanto al tipo de maquinaria, los equipos necesarios para poner en marcha una lavandería industrial son variados, con diversas funciones y capacidades.

2 Objetivos

Conocer e indicar los diversos factores para la elección correcta de la maquinaria de la lavandería por parte del personal de plancha.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, hemos estado haciendo una búsqueda sistemática de maquinaria de una lavandería industrial en diferentes artículos sanitarios relacionados con este tema.

Por último hemos realizado una búsqueda en diferentes bases de datos como Scielo, PubMed y Medline, introduciendo palabras clave como planchador/a, y equipamiento lavandería.

4 Resultados

Para hacer la elección necesaria para el equipamiento de una lavandería habrá que tener en cuenta los siguientes factores:

- Tipo de ropa que se va a tratar: dependerá del tipo de centro que van a utilizar los servicios de lavandería.
- Cantidad de ropa que se va a procesar: dependerá del número de usuarios o residentes que emitan ropa y de si la lavandería atenderá la demandada una sola institución o de varias.
- Calidad de la ropa: los tejidos resistentes soportan mejor los tratamientos agresivos.

Los tejidos que son menos resistentes se deterioran antes, y tienen una vida mas corta.

- Grado de suciedad de la ropa: naturalmente la suciedad que presenta la ropa no es siempre la misma. Pero es cierto que en muchas ocasiones se puede prever si

un tipo de suciedad va a ser mas o menos frecuente, dependiendo del uso que se le dé a la ropa, y el tipo de actividad para la que se utilice.

- Turnos de trabajo: es importante tener en cuenta el número de horas que van a estar las máquinas en funcionamiento
- Distribución del trabajo :es posible que el volumen de trabajo se distribuya de manera homogénea y continua a lo largo del día, o se incremente a determinadas horas.
- Previsión de incidencias: al hacer un cálculo del número de maquinaria necesaria, se debe considerar el tiempo de paro o inactividad de una máquina, ya sea por descanso, revisión o mantenimiento.
- Sencillez de manejo: normalmente y sobre todo si se trabaja en varios turnos, las máquinas van a ser manejadas por diferentes operarios. Por ello es recomendable seleccionar aparatos sencillos, con instrucciones e indicaciones fácilmente comprensibles.
- Concordancia entre las fases: el proceso de tratamiento de la ropa debe ser continuo, es decir, la ropa lavada pasa a una secadora, y de ahí a la sección de plancha. Presupuesto: indudablemente los costes son importantes, y el gasto que se realice dependerá también del presupuesto disponible .

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo hemos podido conocer, investigar y llegar a la conclusión que la dotación de maquinaria para una lavandería se hará atendiendo a diversos factores descritos anteriormente sobre todo especialmente atendiendo a la ropa a tratar, al proceso y a la organización del trabajo.

La maquinaria elegida debe respetar al máximo la integridad de los tejidos, para contribuir así en la conservación de las prendas.

Hay prendas mas delicadas que otras, a las que no se les puede dar un tratamiento agresivo. También puede ser que se necesite un proceso específico, antimanchas, desinfectante, antiarrugas.

Básicamente es necesaria la maquinaria adecuada para los siguientes procesos:

Maquinaria para lavado: lavadoras, tren de lavado y centrifugadoras.

Maquinaria para secado: secadoras.

Maquinaria para planchado: calandras y planchas.

Maquinaria para empaquetado: plegadoras y empaquetadoras.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 487

EL PLANCHADOR/A EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y EL PROCESAMIENTO DE LA ROPA EN EL ÁREA LIMPIA EN EL CALANDRAJE DE LA ROPA PLANA

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

1 Introducción

La ropa limpia ha sido sometida al proceso de lavado y desinfección, y ha de mantenerse protegida y almacenada hasta que sea usada nuevamente .

Es importante que esta ropa no sufra ningún tipo de contaminación, ya que actuaría como vehículo de transmisión.

La ropa limpia será sometida a la mínima manipulación posible, mecanizando y automatizando todos los procesos posibles.

Se evitará el contacto con cualquier superficie que no esté perfectamente limpia y desinfectada, incluso una vez empaquetada. La ropa limpia permanecerá en las instalaciones de la lavandería el menor tiempo posible.

El personal que manipula la ropa limpia no tendrá contacto con la ropa sucia ,tendrá las manos perfectamente limpias y usará guantes.

Las prendas de línea, cuando salen del túnel de lavado, se colocan al principio de la calandra de planchado cogiéndolas por los extremos con guantes para no contaminarlas, y a partir de ahí serán arrastradas por el sistema de rodillos.

Las sabanas y otras prendas de línea necesitan tan solo un secado ligero antes de meter en calandra, ya que el calor aplicado durante el planchado terminara de secarlas.

Es importante aplicar una temperatura de planchado adecuada para cada tipo de tejido, ya que la aplicación de temperaturas mas altas dañaría los tejidos.

2 Objetivos

- Describir el procesamiento de la ropa una vez que se encuentra en el área limpia
- Exponer el funcionamiento de las calandras de planchado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

También hemos sacado información de un manual de planchador/a y por último hemos aportado nuestra experiencia laboral en este área.

4 Resultados

En el procesamiento de la ropa en el área limpia los principales pasos a seguir serían:

- Manipulación: incluyendo la manipulación durante el secado y planchado y también durante el empaquetado y la distribución y no menos importante durante la reparación y el marcaje

- El transporte: utilizando medios de transporte limpios, desinfectados y preferiblemente cerrados. Se seguirá un circuito que no se cruzara ni tendrá contacto con el circuito seguido por la ropa sucia.

- Almacenamiento: el hospital contará con un almacén de ropa de lencería perteneciente al servicio de lavandería y planchado, en el que se mantendrán las prendas limpias y empaquetadas hasta su distribución por servicios del hospital. El calandraje de la ropa plana es un procedimiento que afecta a todas las actividades del planchado de ropa plana de las calandras y a todas las personas que participan en esta actividad.

En una lavandería industrial lo habitual es disponer de calandras diferentes, en todas ellas, se podrá planchar todo tipo de ropa plana ,pero variará la forma de introducir la ropa y su programación.

1) Tipo de ropa para planchar:

En la ropa plana lavada para planchar se diferencian los siguientes tipos:

Colchas.

Sábanas.

Sábanas fenestradas (abiertas).

Tyraveseros.

Fundas.

Paños.

2) Preparación del material:

Previamente al planchado debe prepararse la calandra y el material que esta requiera.

La puesta a punto consistirá en pasar una manta especial impregnada en parafina 8 para un buen mantenimiento de los rulos, realizándose esta actividad cada dos horas.

3) Puesta a punto y preparado de las calandras:

- Calandra 1: introductora ,planchadora y plegadora.

- Calandra 2: introductora, planchadora y plegadora.

- Calandra 3: también consta de las mismas tres partes, sin embargo su puesta en marcha se realizará desde la plegadora y la introductora.

- Calandra 4: igual que las anteriores consta de las mismas tres partes, pero también su puesta en marcha se volverá a realizar desde la plegadora y la introductora.

4) Planchado de la ropa:

Las calandras 1 y 2 están provistas de un sistema de apilamiento automático para las sabanas y colchas, mientras que en la calandra 3 hay que programarlo y en la 4 no hay apilamiento, es todo manual .

Una vez decidido el tipo de ropa que se quiere planchar se procederá a la programación de la calandra y el planchado de la ropa.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que en el procesamiento de la ropa en el área limpia debemos llevar a cabo dicho proceso con especial atención para que la ropa ni se contamine ni sufra ningún desgaste ni desperfecto. Para ello será de suma importancia que la ropa limpia pase por cada uno de los procesos que le corresponda y en dichos procesos se le apliquen las diferentes acciones que sean necesarias para llegar con éxito al embalaje final de dicha ropa limpia a la zona de almacén de lencería, para mas tarde pueda volver a ser utilizada.

En el proceso de planchado prestaremos especial atención en el tipo de ropa que vamos a tratar así como el tipo de tejido.

En el planchado de la ropa plana tendremos que conocer y saber manipular las diferentes calandras con las que trabajemos, pues del planchador depende la buena utilización de dichas calandras.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 488

CLASIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS POR PARTE DEL CELADOR

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

1 Introducción

La clasificación y gestión de los residuos sanitarios es un aspecto crucial dentro del ámbito de la atención médica y la salud pública. Los residuos generados en entornos sanitarios, como hospitales, clínicas y centros de atención, pueden contener materiales potencialmente peligrosos para la salud humana y el medio ambiente si no se manejan adecuadamente. En este contexto, el papel del celador es de gran importancia, ya que desempeña un rol esencial en garantizar una correcta clasificación y gestión de estos residuos.

Los residuos sanitarios pueden variar desde materiales contaminados biológicamente, productos químicos, materiales punzocortantes hasta productos farmacéuticos vencidos. La clasificación adecuada de estos residuos es fundamental

para minimizar los riesgos para la salud de los trabajadores de la salud, pacientes y la comunidad en general, así como para evitar la contaminación del entorno. Aquí es donde entra en juego el celador, cuya función va más allá de asistir en la movilidad de pacientes.

El celador tiene un rol activo en la gestión de residuos sanitarios al colaborar en la recogida, transporte y disposición final de estos materiales de manera segura y eficiente. Esto implica seguir protocolos y pautas específicas establecidas por las autoridades sanitarias y ambientales. Además, el celador debe estar capacitado para identificar diferentes tipos de residuos y separarlos adecuadamente en contenedores designados, asegurando que los materiales peligrosos no se mezclen con los desechos comunes.

La gestión responsable de los residuos sanitarios también puede contribuir al ahorro de recursos y a la protección del medio ambiente, ya que algunos materiales pueden ser reciclados o tratados adecuadamente para minimizar su impacto negativo. En este sentido, el celador juega un papel fundamental al educar a los trabajadores de la salud y al público en general sobre las mejores prácticas de gestión de residuos.

2 Objetivos

1. Informar para prevenir riesgos para la salud humana y el medio ambiente al manejar los residuos sanitarios de manera adecuada.
2. Cumplir con las regulaciones es esencial para evitar sanciones legales y asegurar que las instalaciones de atención médica operen de manera ética y responsable.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como registro, tarjeta sanitaria y ciudadano. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática de libros. Asimismo, me he nutrido de la propia experiencia profesional como auxiliar administrativo en atención primaria y especializada, basándonos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal de los servicios de Salud.

4 Resultados

La clasificación y gestión de los residuos sanitarios por parte del celador es un aspecto crucial en el ámbito de la salud para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal médico y el medio ambiente. A continuación, te proporciono información sobre este tema:

Clasificación de Residuos Sanitarios:

Los residuos sanitarios se dividen generalmente en diferentes categorías según su nivel de riesgo y su composición. Las categorías comunes incluyen:

1. **Residuos Biológicos o Infecciosos:** Son aquellos que pueden contener agentes infecciosos y materiales biológicos peligrosos. Incluyen elementos como apósitos, material quirúrgico desechable, jeringas, guantes usados, entre otros.
2. **Residuos Químicos:** Estos residuos contienen sustancias químicas peligrosas que pueden ser tóxicas o peligrosas para la salud humana y el medio ambiente. Ejemplos incluyen productos farmacéuticos vencidos, productos químicos de laboratorio y sustancias radiactivas.
3. **Residuos Radioactivos:** Estos residuos contienen material radioactivo, como material usado en procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico.
4. **Residuos No Peligrosos:** Estos son residuos que no representan un riesgo significativo para la salud o el medio ambiente y pueden incluir papel, cartón y otros materiales no contaminados.

Gestión de Residuos Sanitarios:

La gestión adecuada de los residuos sanitarios es esencial para prevenir la propagación de infecciones, minimizar la exposición a sustancias peligrosas y reducir el impacto ambiental. Los pasos importantes en la gestión de estos residuos incluyen:

1. **Separación en la Fuente:** El personal, incluidos los celadores, debe separar los diferentes tipos de residuos en el lugar donde se generan. Esto facilita el manejo y el procesamiento posterior.
2. **Almacenamiento Temporal:** Los residuos deben ser almacenados temporalmente en contenedores adecuados y bien etiquetados para cada categoría. Estos contenedores deben ser resistentes, impermeables y de fácil limpieza.

3. Transporte Seguro: Los residuos deben ser transportados de manera segura y siguiendo las normativas locales y nacionales. Esto puede incluir el uso de vehículos especiales para evitar derrames y contaminación.

4. Tratamiento y Eliminación: Los residuos se someten a diferentes procesos de tratamiento según su categoría. Esto puede incluir la incineración para residuos infecciosos, procesos de descontaminación química para residuos químicos, y procedimientos específicos para los residuos radioactivos.

5. Reciclaje y Reutilización: Si es posible, algunos materiales pueden ser reciclados o reutilizados, reduciendo la cantidad de residuos que requieren eliminación.

6. Capacitación del Personal: Es fundamental capacitar al personal, incluidos los celadores, sobre la clasificación correcta de los residuos y los procedimientos de gestión adecuados.

La correcta gestión de los residuos sanitarios es una responsabilidad compartida de todo el personal médico y administrativo, incluidos los celadores, para garantizar la seguridad de todos los involucrados y la protección del medio ambiente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la clasificación y gestión de los residuos sanitarios por parte del celador desempeña un papel fundamental en la preservación de la seguridad de pacientes, profesionales médicos y del entorno ambiental. La adecuada separación y manejo de estos residuos según su naturaleza, riesgo y composición contribuye directamente a la prevención de infecciones, a la minimización de la exposición a sustancias peligrosas y a la disminución del impacto negativo en el medio ambiente. El celador, como parte esencial del equipo de salud, desempeña un papel activo en esta labor al participar en la separación adecuada de los residuos en su origen y al garantizar su transporte y almacenamiento seguro. La formación continua y la concienciación son claves para asegurar que se cumplan las normativas y protocolos establecidos, con el objetivo último de salvaguardar la salud de las personas y mantener la integridad del ecosistema.

6 Bibliografía

1. "Gestión de Residuos Sanitarios" por María José Espinosa y José María Martín. Este libro aborda la gestión de residuos sanitarios desde una perspectiva técnica

y normativa, cubriendo aspectos como la clasificación, el tratamiento y la legislación aplicable.

2. "Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares" por Juan Carlos Ruiz García. Este libro se enfoca en la gestión de residuos hospitalarios, incluyendo su clasificación, manejo interno, transporte y disposición final, además de considerar los aspectos legales y ambientales.

3. "Residuos de Establecimientos de Atención de Salud" por Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Esta publicación oficial ofrece pautas y recomendaciones específicas para la gestión de residuos generados en establecimientos de atención de salud, incluyendo la clasificación, envasado y almacenamiento temporal.

4. "Manejo y Tratamiento de Residuos Sanitarios" por Rafael Marrero y Rafael Vilchez.

Capítulo 489

EL CELADOR DE LABORATORIO

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

1 Introducción

En los rincones enigmáticos de los laboratorios, donde las fronteras del conocimiento se expanden con cada experimento, surge un protagonista esencial pero a menudo subestimado: el Celador de Laboratorio. En un mundo donde las moléculas danzan y las reacciones químicas tejen sus historias invisibles, este guardián incansable despliega su destreza y dedicación para mantener la sinfonía científica en armonía.

El Celador de Laboratorio es mucho más que un simple administrador de utensilios y productos químicos. Es un conductor silencioso de la orquesta científica, asegurando que cada instrumento, cada reactivo y cada superficie sean un lienzo limpio y seguro para el proceso creativo. Su labor va más allá de la limpieza; es un puente entre los mundos macro y microscópico, transformando las indicaciones de los investigadores en acciones concretas que aceleran la búsqueda del conocimiento.

La meticulosidad es su insignia. Desde la preparación de equipos especializados hasta la disposición adecuada de las muestras delicadas, el Celador es el guardián del orden en medio del caos controlado del laboratorio. Sin embargo, su trabajo va más allá de lo físico; también es un vigilante de la seguridad. Con una comprensión profunda de los riesgos asociados a los productos químicos y las prácticas experimentales, vela porque cada científico opere en un entorno exento de peligros innecesarios.

En esta introducción detallada, exploraremos no solo las tareas prácticas que desempeña el Celador de Laboratorio, sino también su papel en el desarrollo de la cultura científica. Desde brindar apoyo logístico en la investigación biomédica hasta mantener el equipo en perfecto estado para los análisis de vanguardia, el Celador es un pilar en la estructura del avance científico.

A medida que nos sumerjamos en las páginas por venir, descubriremos cómo el Celador de Laboratorio encarna la fusión de la precisión técnica con el compromiso humano, y cómo su labor en la sombra ilumina el camino de la innovación. Prepárese para desvelar los secretos de este guardián moderno de los misterios microscópicos y más allá, y para apreciar la profundidad de su contribución al vasto mundo de la ciencia y la exploración.

2 Objetivos

Explorar cómo el Celador de Laboratorio desempeña un papel vital en la investigación biomédica al colaborar estrechamente con científicos e investigadores.

Analizar cómo el Celador de Laboratorio actúa como un enlace esencial entre los científicos y otros miembros del equipo.

Investigar cómo el Celador de Laboratorio contribuye a mantener los estándares éticos y profesionales en el laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en la búsqueda de diferentes publicaciones en internet, relacionadas con la labor del celador en el servicio de laboratorio de los centros sanitarios, se han consultado diferentes artículos relacionados con el tema. Posteriormente, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este tra-

bajo. Por último, se ha extraído y sintetizado la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

El rol del celador de laboratorio es fundamental en el entorno de la investigación científica y la industria. Este profesional desempeña un papel esencial en la organización, seguridad y funcionamiento eficiente de los laboratorios. Su labor va más allá de simples tareas de mantenimiento, ya que implica la coordinación de recursos, la implementación de protocolos de seguridad y la colaboración estrecha con el personal científico. En este trabajo, exploraremos las responsabilidades, habilidades requeridas, desafíos y perspectivas de carrera para el celador de laboratorio.

Responsabilidades:

Mantenimiento y Limpieza:** El celador es responsable de mantener limpio y ordenado el laboratorio. Esto incluye la limpieza de superficies, la eliminación adecuada de desechos y la gestión de sustancias químicas peligrosas.

Gestión de Suministros:** El celador asegura que los suministros necesarios estén disponibles y en buen estado. Esto implica la gestión de inventario, la solicitud de nuevos suministros y el seguimiento de fechas de vencimiento.

Seguridad:** El celador implementa y hace cumplir protocolos de seguridad en el laboratorio. Esto incluye el uso adecuado de equipos de protección personal, la disposición segura de productos químicos y la supervisión de experimentos peligrosos.

Preparación de Equipos:** Prepara los equipos necesarios para los experimentos y asegura que estén en condiciones de funcionamiento. Esto podría involucrar la calibración de instrumentos y la resolución de problemas técnicos básicos.

Colaboración:** El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal científico para garantizar que sus necesidades sean atendidas. Puede asistir en la configuración de experimentos y proporcionar soporte técnico básico.

Habilidades Requeridas:

Conocimientos Técnicos: Se requiere comprensión básica de las operaciones de laboratorio, así como conocimientos de seguridad y manejo de sustancias químicas.

Organización: La capacidad de mantener un entorno de laboratorio ordenado y administrar eficientemente los suministros es esencial.

Comunicación: La comunicación efectiva con el personal científico y otros miembros del equipo es clave para entender y satisfacer sus necesidades.

Capacidad Física: El trabajo puede implicar levantar objetos pesados, mover equipos y realizar tareas que requieren resistencia física.

Atención al Detalle: La precisión es crucial para asegurar que los experimentos se lleven a cabo correctamente y para mantener la seguridad.

Desafíos:

Seguridad: Trabajar con sustancias químicas y equipos delicados puede presentar riesgos para la salud y la seguridad. El celador debe ser diligente en la aplicación de protocolos de seguridad.

Diversidad de Tareas: El celador puede tener que lidiar con una amplia gama de tareas, desde limpieza hasta asistencia técnica, lo que requiere habilidades versátiles.

Presión del Tiempo: En entornos de investigación, los plazos son a menudo ajustados. El celador debe ser capaz de trabajar bajo presión.

Perspectivas de Carrera:

La posición de celador de laboratorio puede servir como punto de entrada para una carrera en investigación científica, gestión de laboratorios o campos relacionados. Las habilidades adquiridas, como la comprensión de protocolos de seguridad y la familiaridad con equipos de laboratorio, son valiosas en diversas industrias, incluyendo la farmacéutica, la biotecnología y la química.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del Celador de Laboratorio es esencial para garantizar la organización, seguridad y funcionamiento eficiente en entornos científicos y de investigación. Su labor abarca desde el mantenimiento y limpieza hasta la gestión de suministros y la implementación de protocolos de seguridad. Las habilidades requeridas, que van desde conocimientos técnicos hasta capacidades de comunicación y atención al detalle, demuestran la importancia de este profesional en la coordinación y colaboración efectiva con el personal científico. A medida que las industrias científicas y tecnológicas siguen avanzando, la posición del Celador de Laboratorio no solo ofrece oportunidades de desarrollo personal y profesional, sino que también contribuye en última instancia al avance de la investigación y el logro de resultados confiables y seguros.

6 Bibliografía

1. "Manual de Prácticas de Laboratorio" de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES).

2. "Seguridad en el laboratorio" de Luis Echegoyen y Eladio Palacios.

Capítulo 490

EL CELADOR EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

1 Introducción

La labor del celador en el ámbito quirúrgico juega un papel esencial en el engranaje de un hospital o centro médico. Aunque su presencia a veces puede pasar desapercibida, su impacto en la eficiencia, seguridad y bienestar de los pacientes y el personal médico es innegable. Desde la preparación de las salas de operaciones hasta el traslado de pacientes y la asistencia en situaciones de emergencia, los celadores desempeñan una función multifacética y crucial en el entorno quirúrgico. En esta exploración, examinaremos detalladamente el papel y la importancia del celador en el ámbito quirúrgico, destacando cómo sus responsabilidades contribuyen al éxito de los procedimientos médicos y al cuidado integral de los pacientes.

Constituyendo una parte esencial del equipo de atención médica en el ámbito quirúrgico, el rol del celador trasciende la mera responsabilidad de trasladar

pacientes de un lugar a otro. Su presencia y participación son fundamentales para el funcionamiento eficiente y seguro de los procedimientos quirúrgicos. Los celadores desempeñan una labor crucial al establecer puentes de comunicación entre diversos equipos médicos, garantizar la adecuada preparación de las salas de operaciones y contribuir al bienestar tanto de los pacientes como del personal médico. En esta introducción, exploraremos la importancia y las múltiples facetas del papel del celador en el entorno quirúrgico, destacando cómo su presencia y acciones no solo facilitan la logística hospitalaria, sino que también son esenciales para mantener la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes.

Durante el procedimiento quirúrgico, los celadores colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería, proporcionando apoyo logístico y ayudando en la transferencia segura de pacientes desde y hacia las salas de operaciones. Su presencia es crucial para garantizar que todo el proceso se desarrolle sin contratiempos, permitiendo que el equipo médico se concentre en la atención al paciente y en la ejecución exitosa de la cirugía.

Después de la cirugía, los celadores continúan siendo esenciales en la recuperación del paciente. Participan en el traslado de los pacientes a la sala de recuperación o a la habitación, asegurándose de que estén cómodos y atendidos durante este proceso de transición. Su contribución no solo facilita el flujo de trabajo en el área quirúrgica, sino que también influye en la comodidad y el bienestar general de los pacientes.

En resumen, los celadores en el ámbito quirúrgico son piezas clave en la maquinaria hospitalaria. Su labor abarca desde la preparación de los quirófanos y la asistencia en el transporte de pacientes hasta la coordinación de actividades logísticas cruciales. Al desempeñar estas funciones vitales, los celadores contribuyen al funcionamiento seguro y eficiente de los procedimientos quirúrgicos y al cuidado integral de los pacientes en todo el ciclo de atención médica.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones de los celadores en el área quirúrgica del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador desempeña una función esencial en un entorno hospitalario, y su papel en el área quirúrgica es fundamental para garantizar un funcionamiento fluido y seguro del hospital y del proceso quirúrgico. Aquí hay algunos aspectos clave a considerar:

Los celadores en el ámbito quirúrgico ayudan a preparar las salas de operaciones antes de que comiencen las cirugías. Esto implica asegurarse de que todos los equipos y suministros necesarios estén en su lugar, como instrumentos quirúrgicos, ropa estéril, soluciones médicas y más. También ayudan a verificar que los equipos estén funcionando correctamente y que las salas estén limpias y listas para su uso.

Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes desde sus habitaciones o áreas de espera hasta las salas de operaciones y viceversa. Este proceso debe realizarse con cuidado y atención a las necesidades y comodidad del paciente, especialmente si el paciente está nervioso o requiere atención especial.

Durante las cirugías, los celadores pueden desempeñar un papel en la comunicación entre el personal médico y el equipo quirúrgico. Pueden ser llamados para llevar y traer muestras de laboratorio, radiografías u otros materiales necesarios para el procedimiento.

Los celadores también pueden ayudar en la preparación y el manejo de equipos médicos, como mesas quirúrgicas, lámparas, monitores y otros dispositivos necesarios para la cirugía. Esto incluye asegurarse de que los equipos estén configurados correctamente y en condiciones de funcionamiento.

En un entorno quirúrgico, es esencial controlar el acceso a las salas para mantener la asepsia y la seguridad del paciente. Los celadores pueden desempeñar un papel en garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso a las áreas quirúrgicas.

Los celadores trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que las necesidades de los pacientes se satisfagan de manera eficiente. También pueden proporcionar apoyo logístico durante emergencias o situaciones inesperadas.

Después de las cirugías, los celadores pueden ayudar en la limpieza y el mantenimiento de las salas de operaciones para prepararlas para futuros procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en el ámbito quirúrgico es de vital importancia para garantizar el funcionamiento fluido y seguro de los procedimientos médicos. Los celadores desempeñan un papel fundamental al facilitar la comunicación entre los diferentes equipos médicos, asegurando la correcta preparación de las salas quirúrgicas y contribuyendo al bienestar tanto de los pacientes como del personal médico. Su labor abarca desde el traslado de pacientes y la supervisión de la higiene y el orden en el entorno quirúrgico, hasta la asistencia en emergencias y la colaboración en la prevención de riesgos. En resumen, los celadores son piezas clave para mantener la eficiencia, seguridad y armonía en el entorno de la cirugía, contribuyendo significativamente al éxito de cada intervención médica.

6 Bibliografía

1. "Manual del Celador en el Ámbito Quirúrgico" - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).
2. "Rol del Celador en el Ámbito Quirúrgico" - Revista de la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (ASOCIMECI).
3. "Funciones y Responsabilidades del Celador en el Ámbito Quirúrgico" - Hospital Universitario Ramón y Cajal (España).

Capítulo 491

GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

1 Introducción

La tarjeta sanitaria individual se define en el artículo 57 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como un documento administrativo que acredita determinados datos de su titular y facilita el acceso de los ciudadanos a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. La competencia para la emisión de la tarjeta sanitaria individual le corresponde a la comunidad autónoma donde esté empadronado el paciente.

Aunque dependerá de cada comunidad autónoma, los datos básicos a incluir en el anverso de la tarjeta son:

- Identidad de la comunidad autónoma donde se emite la tarjeta.
- Los rótulos de “Sistema Nacional de Salud” y “Tarjeta Sanitaria”.
- Documento de identidad: pasaporte, NIE, DNI. En el caso de menores de 14 años no es obligatorio.
- Número de afiliación a la Seguridad Social.
- Mes y año de caducidad de la tarjeta sanitaria.
- Nombre y apellidos del paciente.

- Código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud, siendo ir-repetible y exclusivo para cada paciente. El sistema de codificación es alfanumérico.

- Código de identificación de la administración sanitaria emisora de la tarjeta, dependiendo de la comunidad de origen que la emita.

Este documento será válido en todo el sistema nacional de salud, permitiendo así el acceso del paciente a los servicios sanitarios públicos según la legislación vigente.

Los tipos de usuarios que tendrán acceso a la tarjeta sanitaria y, por tanto, a todas las prestaciones de la sanidad pública:

- Trabajadores afiliados y en alta o situación similar.

- Pensionistas de la Seguridad Social.

- Perceptores de prestaciones periódicas.

- Personas en paro y residentes en España, que hayan agotado la prestación y el subsidio por desempleo.

- Personas que estén inscritos en un Convenio Especial.

También tendrán acceso a dichas prestaciones los beneficiarios de estos. Es importante aclarar que una persona podrá ser beneficiaria de otra si el titular es su padre/madre o cónyuge.

2 Objetivos

- Conocer la gestión y tramitación de la Tarjeta Sanitaria Individual realizada por el auxiliar administrativo.

- Identificar los datos que contiene la tarjeta sanitaria y la documentación necesaria para tramitarla.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación en la literatura científica existente. Se ha consultado en el BOE y en diferentes bases de datos.

Asimismo, se ha recogido información en la unidad de tramitación de tarjeta sanitaria de SESCOAM.

4 Resultados

Para tramitar la tarjeta sanitaria, hay que presentar una serie de documentos, según el tipo de asistencia que le corresponda a cada paciente. Hay un factor muy importante a la hora de tramitar una tarjeta sanitaria: en el caso de NIE o DNI, siempre se debe consultar en el INSS el tipo de usuario que tiene adjudicado, así como contrastar los datos que aparecen con los de su documento de identidad, para que estén correctos.

En caso de que existiera algún fallo, el paciente debe acudir a la Oficina de la Seguridad Social más cercana para su corrección y, posteriormente, solicitar de nuevo la tarjeta sanitaria en su centro de salud con los datos ya validados.

En el caso de extranjeros irregulares, el requisito imprescindible para tener acceso a la sanidad pública será haber permanecido al menos tres meses dentro del país; si el paciente viaja al extranjero, la fecha válida será a partir de su última entrada en España. Esta regla tiene una excepción para los menores de edad y para las embarazadas, ya que estos colectivos son prioritarios y, por tanto, no tendrán que cumplir este requisito.

Los extranjeros irregulares que vayan a solicitar la tarjeta sanitaria deberán presentar:

- Documento de identidad (en este caso, el pasaporte) con la fecha de entrada al país.
- Empadronamiento
- Modelo correspondiente cumplimentado de solicitud de tarjeta sanitaria para la atención sanitaria en el SESCOAM (no es necesario para los menores de edad).

Además, si se trata de una persona menor de edad, los padres deberán aportar el libro de familia o, en su defecto, partida de nacimiento y documento de identidad del padre o madre. Al realizar esta tarjeta sanitaria, se debe adjudicar un tipo de usuario al paciente denominado “Prestación asistencial a extranjeros residentes no registradas ni autorizadas”. Esta tarjeta sanitaria tendrá una validez de dos años, pudiendo ser renovada si el pasaporte está vigente.

Otro grupo serían los extranjeros regulares, es decir, las personas procedentes de otro país que han legalizado su situación en España, y por consiguiente, han obtenido NIE (número de identidad de extranjero). Al tener NIE, deben acudir a la Oficina de la Seguridad Social para notificarlo y así adjudicarles un tipo de usuario según su situación, o en su defecto, que puedan acceder en situación de

alta como beneficiarios con alguno de sus padres o con su cónyuge.

Como en el caso anterior, en este grupo también tenemos una excepción con respecto a su situación: se puede dar el caso que un extranjero regular tenga NIE pero no aparezca en el INSS al buscar sus datos. Si esto ocurre, puede ser por dos motivos:

- No ha ido a comunicarlo a la Seguridad Social; por tanto, deberá acudir a su oficina más cercana y notificarlo. En caso de que no sea titular de ninguna prestación ni tampoco beneficiario, no podrá beneficiarse de la asistencia sanitaria pública, con lo cual tendrá que hacerse un seguro privado.
- Se le haya adjudicado un permiso de Protección Internacional. Por tanto, no es necesario ir a comunicarlo al INSS; simplemente acudirá a su centro de salud, con el empadronamiento y el documento que certifique su situación. El tiempo de validez de esta tarjeta sanitaria irá ligado con el tiempo de validez del permiso de Protección Internacional.

Para los pacientes que tienen la nacionalidad española, y por ende, su correspondiente DNI, únicamente acudirán con su documento de identidad y el empadronamiento (siempre y cuando sean titulares de alguna prestación o beneficiarios de su padre/madre o cónyuge). Tanto las tarjetas sanitarias emitidas con DNI como con NIE, su validez será de cuatro años (en el caso del NIE, hasta la caducidad del permiso, pudiendo ser renovable).

Existe otra modalidad en tarjeta sanitaria, denominada “Desplazamiento”. Se suele hacer para un mes o tres meses, prorrogable hasta seis meses. Para los pacientes que ya dispongan de tarjeta sanitaria en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha, simplemente se hará una anotación en el programa de cita previa de Turrano. Si esos pacientes acuden desde fuera de la comunidad y no tienen tarjeta sanitaria, se emitirá un desplazamiento, aportando su documento de identidad y la tarjeta sanitaria de origen.

El auxiliar administrativo gestionará la tarjeta sanitaria desde su centro de salud, con el programa TSI. Una vez completado el registro con todos los datos del paciente, y médico asignado, dicha propuesta llegará a la Unidad de Tramitación de Tarjeta Sanitaria correspondiente a su gerencia, para que así, los efectivos que trabajan en esa unidad validen la propuesta, o por el contrario, la rechacen por falta de documentación o discrepancias con lo expuesto en el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

5 Discusión-Conclusión

Por medio de este trámite, el auxiliar administrativo tendrá dos cometidos: en primer lugar, guiar al paciente en lo referente a la documentación que ha de presentar para solicitar tarjeta sanitaria y así acceder a las prestaciones que la sanidad pública le ofrece, según su condición en la seguridad social, y por otro porque le concederá una identidad sanitaria, que será obligatoria presentarla a la hora de realizar cualquier gestión tanto en atención primaria como en atención especializada.

Es cierto que, para la tramitación de una tarjeta sanitaria, algunas normas suelen modificarse frecuentemente, según las condiciones impuestas por la gerencia. Es por esto que los auxiliares administrativos deberían recibir cursos más a menudo, para así estar al día y, por tanto, disponer de toda la información actualizada en el momento de transmitírsela al paciente para una correcta gestión.

6 Bibliografía

1. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>.
2. Asistencia sanitaria a trabajadores [Internet]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10938>.
3. Información sobre tarjeta sanitaria en SESCAM [Internet]. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tarjetasanitaria/informacion>.
4. Curso presencial impartido en SOFOS: “Tarjeta Sanitaria en SESCAM” [Gerencia de atención integrada de Guadalajara] [20 de mayo de 2022]
5. La tarjeta sanitaria individual en España [Internet] [16 de noviembre de 2011]. Disponible en: <https://revistamedica.com/tarjeta-sanitaria-individual-ciudadanos-espana/>.

Capítulo 492

ÁREAS ORGANIZATIVAS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO DE LOS HOSPITALES: ZONA SUCIA, ZONA LIMPIA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

1 Introducción

Las lavanderías que pertenecen a los hospitales del Sistema Nacional de Salud en España, dependiendo de los tipos de servicios que realizan y la forma de organizarlos, se clasifican en tres clases : lavandería institucional, lavandería semicentralizada y lavandería centralizada.

Dentro de dichas lavanderías , existen diferentes zonas de trabajo . En el presente capítulo nos vamos a centrar en la zona de ropa limpia y en la zona de ropa sucia. Tanto la zona de ropa limpia como la zona de ropa sucia , estarán separadas físicamente de manera muy rigurosa por una barrera sanitaria.

Para que sea efectiva la limpieza de todas las prendas clasificadas en la lavandería hospitalaria, en la zona limpia se realizarán tareas manuales las cuales, harán la

zona limpia más compleja en alguna etapa del proceso, como son: clasificación, secado, planchado, repaso costuras, empaquetado y la distribución de la ropa. En la zona sucia de la ropa, que estará estrictamente separada del resto de las partes que consta la lavandería, la única comunicación que existirá con la zona limpia será a través de las bocas de descarga de la ropa de las lavadoras o de los trenes de lavado. En esta zona se realizarán los trabajos de almacenamiento de la ropa sucia, su clasificación, pesado y carga de lavadoras.

2 Objetivos

Dar a conocer las áreas organizativas del servicio de lavandería y planchado de centro hospitalario.

3 Metodología

Para realizar este trabajo sobre " las lavanderías hospitalarias del sistema nacional de salud en España " se han revisado y leído , trabajos científicos publicados, buscándolos en web científicas como pueden ser: Scielo, Google Scholar. Este artículo está escrito en lengua castellana.

4 Resultados

Las lavanderías hospitalarias en España, se clasifican según los servicios que ofrecen y como se organizan en tres clases que son: lavandería institucional: Sólo para necesidades del propio centro al que esté adscrito. lavandería semicentralizada: Para varios centros hospitalarios, pero solo la explota el propio centro al que está adscrita. lavandería centralizada: trabaja para varios centros hospitalarios , pero tiene gestión propia como centro de gasto.

Hay normas que deberán cumplir estas lavanderías hospitalarias como pueden ser :

1.Se clasificarán según las capacidades de ropa que puedan gestionar diferenciándose en :

- Lavandería pequeña: llegaría hasta 1 tonelada de ropa seca al día
 - Lavandería media: llegaría a tener no mas de 5 toneladas de ropa seca por día
 - Lavandería grande: llegaría a tener más de 5 toneladas de ropa seca por día.
- 2.Como máximo, cada lavandería se volverá a dividir en siete partes que son :
- Recepción de ropa

- Clasificación
- Lavado
- Planchado y secado
- Costura
- Reagrupado
- Expedición

En la parte donde no está la zona limpia, es decir la zona contaminada , su personal así como los carros u otros materiales que se usen no deberán salir nunca de esa sección. La separación de la ropa se realiza en esta zona y al recepcionarla se pesará y registrará para posteriormente separarla con el fin de hacer grupos de ropa a lavar a la vez , y ropa con un mismo tratamiento y así controlar costes. La barrera sanitaria: separará completa y estrictamente la zona sucia de la limpia, con una serie de características a cumplir como son los tabiques por los que no pasa la humedad, el aire y el polvo.

Zona limpia: sería de la lavandería la zona mas difícil, más delicada, pues de aquí saldrán al exterior las prendas ya en condiciones de perfecta desinfección listas para su uso.

5 Discusión-Conclusión

El Sistema Nacional de Salud en España, en muchos de sus centros hospitalarios ofrece servicios de lavandería y planchado para la limpieza de todas las prendas, sean de personal sanitario, personal no sanitario, lencería para pacientes como batas, prendas de hostelería, etc.

La ropa tratada en las diferentes lavanderías hospitalarias, cuando han cumplido todo el proceso para su limpieza y desinfección , deberán cumplir una estricta desinfección , ya que serán posteriormente utilizadas para trabajos en el quirófano, en consultas médicas donde se traten infecciones o lesiones como pueden ser pacientes quemados, y será muy importante que las prendas de ropa que se usen en el contacto con dichos pacientes o algún fomites y no lo contamine.

6 Bibliografía

- .<https://repository.unad.edu.co/handle/10596/18554>
- . Planificación de procesos de una Lavandería Industrial Hospitalaria

Capítulo 493

EL CELADOR Y SU ACTUACION EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

Para trasladar a un paciente en la cama o camilla el celador debe colocarse detrás de la cabeza del paciente y empujar la cama o camilla de manera que el paciente va en el sentido de la marcha. En el ascensor, el celador debe entrar primero tirando de la cabecera de la cama o camilla. Una de las tareas más importantes que tienen que realizar tanto los profesionales sanitarios como los no sanitarios se puede encontrar en clínicas, hospitales, guarderías e incluso en el domicilio del paciente.

El proceso de manipular y posicionar adecuadamente a los pacientes para que puedan moverse en una silla de ruedas, camilla o cama se conoce como movilización. Tanto dentro de la sala como al trasladarse a otro lugar, se utilizan técnicas de movilización dependencias del centro médico. Para realizar los ajustes posturales, movilizar al paciente para el baño, subirlo, bajarlo y adentro, el celador

asistirá al auxiliar de enfermería cualquier otra cosa que requiera asistencia tanto para el celador como para el paciente.

Los pacientes ingresan en la sala por una variedad de razones, que incluyen enfermedades y traumatismos por una caída o una cirugía. Para evitar cualquier daño al paciente o a nosotros mismos durante la movilización y para prevenir posibles lesiones en la espalda como dolor lumbar que pueden ocurrir al realizar este tipo de trabajo, tanto el personal médico como el personal no médico deben recibir capacitación antes de comenzar a movilizar al paciente.

2 Objetivos

Establecer los roles del celador en relación a la movilización de pacientes en el campo médico es el objetivo de este trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión biográfica de la literatura científica previamente publicada. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, Scielo, Medline y Pubmed se utilizaron para consultar artículos de revistas académicas examinadas.

4 Resultados

Las posiciones anatómicas fundamentales son algo que todo celador debe conocer antes de mover al paciente:

- Existen varias posiciones de decúbito, incluyendo posiciones prona, supina, dorsal o anatómica.
- La ubicación de Fowler.
- La posición prona o semiprona.
- La posición ginecológica o litotomía.
- Cargo mahometano o genupectoral.

En pacientes que están confinados a la cama, los ajustes posturales deben:

- Evitar que se desarrolle isquemia en los llamados puntos de presión.
- Evita lesiones por roce con la piel del cubrecama.
- Prevenir el desarrollo de úlceras por presión.
- Ayudar al paciente a encontrar comodidad.

Para ello, el celador debe prestar atención a una serie de detalles, entre ellos: asegurarse de que las sábanas estén limpias, secas y bien estiradas; proteger las áreas que estarán bajo mayor presión; y asegurándose de que las piernas estén bien estiradas y los pies en ángulo recto utilizando el plano de la cama. Usaremos una variedad de materiales, que incluyen almohadas, cojines, férulas, ropa limpia para cambiarse fuera de la cama, protectores contra bultos según sea necesario y más, para realizar los cambios posturales. Nunca deje al paciente en una posición por más de tres horas; Colóquelo alternativamente en posición supina, lateral derecha e izquierda y decúbito prono durante el día y la noche. Debemos prestar mucha atención a algunos principios fundamentales para que los ajustes posturales y el transporte de personas por parte de los celadores se realicen correctamente. Mantenga los pies separados y proporcione una amplia base de apoyo. Sostener el peso lo más cerca posible del cuerpo permite el mejor uso posible del centro de gravedad. Utilice una ayuda mecánica (grúa), pida ayuda o protéjase la espalda sin doblarla incorrectamente. Coloque correctamente el pie en la dirección del giro.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las técnicas que necesitan los celadores para su asistencia en la movilización y traslado de pacientes, así como sus herramientas, equipos y dispositivos preferidos, es necesario y fundamental. Junto con el auxiliar de enfermería, los deberes del celador son cruciales para la movilización de los pacientes porque protegen contra lesiones como úlceras por presión o escaras en pacientes con movilidad limitada.

Para ello, emplean una variedad de métodos y herramientas para una adecuada movilización, evitando el uso de grúas para las menores molestias del paciente. Por ello, la labor del celador es fundamental para la atención integral del paciente, y su formación profesional es fundamental para prestar una asistencia sanitaria de calidad.

6 Bibliografía

- Pubmed
- www.scielo.org

Capítulo 494

EL PINCHE DE COCINA Y LA PEQUEÑA MAQUINARIA USADA EN COCINA HOSPITALARIA

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

1 Introducción

Todos los alimentos que luego consumirá el paciente hospitalizado se preparan en la cocina del hospital, que es un servicio independiente dentro de un complejo hospitalario.

Las instalaciones de la cocina del hospital deben planificarse para que todos los empleados, incluidos los nutricionistas, los cocineros y, por supuesto, los ayudantes de cocina, puedan desempeñar sus funciones con tranquilidad.

Al entrar en la cocina, encontraremos que está dividida en varios espacios, cada uno de los cuales están destinados a una tarea específica a realizar y, si es necesario, está equipado con el equipo necesario para la preparación, procesamiento, conservación, almacenamiento y distribución de alimentos.

Para brindar un servicio de alta calidad y suficiente para la tarea y los alimentos a tratar, los numerosos equipos pequeños que se utilizan en las cocinas de los hospitales deben cumplir con los requisitos mínimos. Para prevenir futuras lesiones y múltiples accidentes laborales provocados por un uso inadecuado, todo pinche de cocina que desempeñe sus funciones en la cocina de un hospital debe conocer las características y el uso de la pequeña maquinaria.

Además, es fundamental realizarlos y almacenarlos en condiciones idóneas de limpieza para evitar cualquier posible contaminación, directa o indirecta, con los alimentos que el paciente ingerirá posteriormente.

2 Objetivos

Definir conceptos clave y dar a conocer los diferentes tipos de maquinaria pequeña que encontraremos en las diferentes secciones de una cocina hospitalaria usa por el pinche de cocina, dar a conocer sus características y prestaciones fundamentales para lograr un servicio óptimo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y los artículos especializados en las principales bases de datos, como son: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio, así como en Google.

4 Resultados

Las cocinas suelen ser bastante amplias y divididas por zonas y servicios, lo que requiere, por regla general, planificar y organizar el trabajo a través de grupos de trabajadores, entre los que se encuentran los pinches de cocina y los cocineros. En todas las cocinas de los hospitales se instalarán pequeños electrodomésticos para facilitar la preparación de los alimentos. Dependiendo de su propósito, estos se pueden encontrar en varios lugares.

A continuación, se enumeran los más conocidos por orden de secciones en el área utilizada para almacenamiento y mantenimiento:

El almacenamiento de alimentos para artículos que no requieren refrigeración y artículos que sí se pueden dividir en dos categorías. Los alimentos que necesitan

mantenerse fríos y perecederos se mantendrán a temperaturas ideales para su completa conservación en refrigeradores, vitrinas o cámaras.

-Zona de preparación: Este espacio se utiliza para preparar la materia prima antes de la cocción u otras preparaciones finales. Al igual que el área de almacenamiento y mantenimiento, se designan diferentes áreas para diferentes tipos de alimentos, como frutas y verduras, pescado y carne. Aquí descubriremos equipos como peladoras de frutas y verduras, picadoras de carne o verduras, cortadoras o cortadoras de carne y queso, varios modelos de batidoras, envasadoras al vacío, pesas y balanzas eléctricas.

-Zona de cocción: Aquí se preparan los alimentos a una temperatura determinada con la ayuda de equipos como cocinas (eléctricas, carbón, gasóleo o gas), hornos eléctricos (convección, mixto convección-vapor o microondas), baños maría, marmitas y ollas a presión, mesas calientes, parrillas, salamandras, sartenes basculantes, freidoras, parrillas verticales, abatidores de temperatura, etc.

-Zona de emplatado: aquí se distribuyen las porciones de los alimentos para su posterior consumo. Actualmente, se utiliza un sistema de cinta aislante. Los platos se colocan en bandejas y al final de la cinta transportadora hay carros con las bandejas listas para el transporte.

Hay varios tipos de carros diferentes:

1. Carros isotérmicos: Proporcionan aislamiento térmico para reducir la pérdida de temperatura.

2. Los carros térmicos cuentan con sensores de temperatura y un sistema de calentamiento de las bandejas.

- Zona de lavado y almacenamiento de carros y vajillas: aquí se limpian y desinfectan todos los equipos y bandejas. Podemos encontrar lavavajillas, máquinas de agua a alta presión, túneles de lavado, lavadoras de coches o sistemas de vapor que limpian coches aquí.

5 Discusión-Conclusión

La longevidad y la eficiencia de uso de una máquina aumentan con el mantenimiento adecuado.

En conclusión, la maquinaria moderna y las nuevas tecnologías facilitan el trabajo de los pinches de cocina, lo que se traduce en una atención de primer nivel para los pacientes que se encuentran hospitalizados.

Dado que el uso de maquinaria en las cocinas hospitalarias facilita el trabajo de los profesionales de cocina, la administración debe informar y formar a los pinches de cocina sobre su uso y los posibles riesgos que se pueden derivar.

Naturalmente, este pequeño equipo necesita ser limpiado e higienizado para su correcta conservación y en perfectas condiciones para su posterior uso.

6 Bibliografía

1. <https://sivarious.com/gestion/que-hay-que-tener-en-cuenta-a-la-hora-deelegir-la-maquinaria-hostelera-20220725-0558/>
2. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>
3. <https://www.invercorp-peru.com/que-equipos-requieren-las-cocinasindustriales-de-hospitales/>

Capítulo 495

EL PINCHE DE COCINA Y LA INTERPRETACIÓN DEL CÓDIGO DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

1 Introducción

Los pacientes necesitan con frecuencia un tipo u otro de dieta, según tengan un tipo u otro de enfermedades digestivas, endocrinas, etc., ingresan cada día en infinidad de hospitales.

Por su naturaleza, las dietas hospitalarias ocupan un espacio delicado: suponen uno de los mayores retos logísticos y económicos para la gestión hospitalaria, siendo también uno de los factores más cruciales a la hora de evaluar la calidad de la atención al paciente.

Los menús de dieta hospitalaria deben, por supuesto, gustar a la persona hospitalizada así como mejorar la salud del paciente y/o mantener un estado nutricional óptimo, incurrir y lograr generar la menor cantidad de costos posible. Como hemos mencionado anteriormente, la alimentación en el ámbito hospitalario es

fundamental para la rehabilitación de la salud de los pacientes hospitalizados y la reducción de la permanencia en el recinto hospitalario.

En todos los hospitales se requiere un servicio de nutrición que asegure el valor nutritivo y la seguridad higiénica de los alimentos que se sirven a los pacientes, y está gestionado por médicos y personal responsable de la cocina del hospital. Para agilizar la elaboración de este tipo de dietas y aumentar así la satisfacción, los equipos de nutrición y restauración (cocineros y pinches de cocina) de los centros hospitalarios utilizan códigos de alimentación.

2 Objetivos

- Explicar lo que significa la nomenclatura de las distintas dietas de los pacientes hospitalizados.
- Ayudar a reconocer las dietas con más rapidez para así agilizar el proceso de preparación por parte del personal del servicio alimentario del hospital (pinches y cocineros).

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Los médicos a cargo de uno o más pacientes (digestivo, endocrino, etc.) diagnostican diversas dietas hospitalarias, en cooperación o no con el departamento de nutrición del hospital utilizando un Código de Dieta del Hospital que es estándar para todo el personal del hospital y consta de las siguientes abreviaturas para los distintos tipos de dietas.

- BAS-Dieta basal: Se recomienda a los pacientes que no requieren modificaciones dietéticas y que pueden comer cualquier cosa. Dependiendo de cada persona, la dieta contiene alrededor de 2500 calorías.
- LIQ-Dieta líquida: Consiste en zumos, infusiones y líquidos claros (no leche). Se recomienda para pacientes que acaban de salir del quirófano y empiezan a tolerar

los alimentos, o si se realiza antes de que el paciente entre en quirófano, en el caso de operaciones intestinales.

-SELIQ-Dieta semilíquida: Consiste en alimentos semisólidos como yogur, sopas, leche y flan junto con líquidos claros, infusiones y jugos. Los pacientes que tienen problemas para masticar o tragar deben tomar este medicamento.

BLA-Dieta blanda: Compuesta por alimentos cocidos o blandos, es muy similar a la dieta basal en cuanto a la cantidad de calorías y nutrientes que aporta. Recomendado para pacientes que tienen problemas para tragar o masticar, así como para pacientes que se sienten hinchados después de comer.

-AST-Dieta astringente: Consiste en alimentos como arroz, blanco, pollo y pescado blanco (no azul), entre otros. , es decir, una dieta baja en fibra, libre de irritantes estomacales y sin residuos. Para aquellos que tienen enfermedades que causan diarrea o gastroenteritis, esto se recomienda.

-DSN-Dieta especial por sonda nasogástrica: De acuerdo con las pautas farmacológicas del hospital, está compuesta por preparaciones enterales que solo pueden ser utilizadas por sondas nasogástricas. Recomendado para pacientes que están inconscientes o que no pueden comer normalmente o de forma independiente (debido a tumores esofágicos o disfagia).

-DI1500-Dieta hipocalórica de 1500 kcal: Dietas hipocalóricas sin azúcar. Recomendado para pacientes diabéticos u obesos.

-DI2000-Dieta hipocalórica de 2000 kcal: Dietas hipocalóricas sin azúcar. Apto para pacientes diabéticos u obesos.

-ABS-Dieta absoluta: Dieta que prohíbe completamente el consumo de alimentos y líquidos (ayuno). recomendado para aquellos que se someten a una cirugía que debe ayunar durante ocho horas antes del procedimiento.

-Otros (sin gluten, sin lactosa, sin residuos, ricos en fibra, para la hipercolesterolemia, con o sin sal).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del pinche de cocina en la interpretación de estos códigos de dieta hospitalaria es fundamental porque será el responsable de interpretar cada tipo de dieta para cada tipo de paciente del hospital y llevar a cabo su elaboración, junto con el resto del personal de cocina, en este caso los cocineros (quienes serán los encargados de supervisar el trabajo del ayudante de cocina). Cuanto mejor entiendan estos códigos, más precisa será la preparación. centros para hospitales.

En conclusión, esta interpretación y códigos deben ser aceptados por médicos (especialmente endocrinólogos), equipos de nutrición y personal de cocina, y deben quedar reflejados en forma escrita o digital para que puedan ser consultados por los responsables. de alimentar y nutrir a los pacientes del hospital.

6 Bibliografía

1. Nutrición y Dietética: Dietas hospitalarias. (nutricdietic.blogspot.com)
2. Dietas hospitalarias, definición y tipos fundamentales | VIU (universidad-viu.com)

Capítulo 496

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD: FUNCIONES Y COMPETENCIAS

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

1 Introducción

Dentro de la asistencia sanitaria podemos distinguir dos niveles: la atención primaria y la atención especializada.

La atención primaria se encarga de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, etc., podemos decir, por tanto, que se trata de una atención integral de la salud, Es decir, trata al paciente en todos los ámbitos y a lo largo de toda su vida.

La atención primaria de salud se lleva a cabo a través de los equipos de atención primaria que prestan sus servicios en los centros de salud y consultorios.

En estos centros trabaja un equipo multidisciplinar compuesto por multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios. Entre ellos está la figura del auxiliar administrativo.

Como características fundamentales de la atención primaria, podemos citar las siguientes:

- Es una atención integradora.
- Es una atención permanente.
- Es una atención integral.
- Es una atención accesible.

En este ámbito, los auxiliares administrativos forman parte de las denominadas unidades administrativas de los centros de salud. En ellos desarrollan numerosas funciones tanto de atención directa al paciente como cobertura administrativa al resto de profesionales que forman parte del equipo.

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en los centros de salud y su importancia para el correcto funcionamiento de los mismos.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de los centros de atención primaria.
- Enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los centros de atención primaria: centros de salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en la búsqueda de diferentes publicaciones en internet, relacionadas con la labor del auxiliar administrativo en los centros de atención primaria: Centros de Salud, se han consultado diferentes artículos relacionados con el tema. Posteriormente se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo. Por último, se ha extraído y sintetizado la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

Los centros de salud y consultorios son la estructura física donde se presta. En estos centros realizan sus funciones diversos profesionales de la salud, encargados de la promoción, prevención y restauración de la salud.

Podemos decir que el Centro de Salud constituye el primer eslabón de la atención sanitaria, es aquí donde el paciente tiene el primer contacto con el sistema sanitario.

El médico de atención primaria atenderá al paciente a lo largo de toda su vida Y además de tratar procesos patológicos, será el encargado, de promover hábitos de vida saludables, además de cumplir funciones de vigilancia epidemiológica y docencia.

Seguidamente vamos a definir las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los centros de salud.

- El auxiliar administrativo es la primera persona con la que contacta el paciente a través de la atención telefónica. Será el encargado de atender las llamadas telefónicas, resolver dudas y consultas de los pacientes.
- Será el encargado de gestionar las citas con el médico de atención primaria, ya sea telefónicamente o presencialmente. Cuando un paciente solicite una cita el auxiliar administrativo, éste deberá comprobar nombre, apellidos, dirección y teléfono de contacto, para la correcta localización del paciente, seguidamente se le asignará la cita para el profesional que le corresponda.
- Dará de alta a nuevos pacientes con la presentación de la tarjeta sanitaria.
- Se han encargado de gestionar las solicitudes de tarjetas sanitarias de desplazamiento.
- Citará a los pacientes en las diferentes especialidades médicas en el hospital de referencia cuando reciba una interconsulta del facultativo.
- Realizará las propuestas de emisión de nuevas tarjetas sanitarias, que serán enviadas al hospital de referencia, donde posteriormente se procederá a su autorización previo cumplimiento de todos los requisitos.
- Tramitará los visados de medicamentos a la Inspección Médica. El facultativo, realizará la receta y el informe médico necesario que será remitido por fax a la Inspección Médica para su autorización.
- Realizará mensualmente el pedido de material.
- Será el encargado de archivar la documentación en la historia del paciente y de la organización del archivo.
- Tramitará la baja de los pacientes que cambian de centro de salud de Comunidad Autónoma o son éxitus.

Como resumen, podemos concluir diciendo que el auxiliar administrativo realiza una labor de vital importancia en los centros de salud y consultorios para el correcto funcionamiento de los mismos, y de apoyo al resto de personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La unidad administrativa de la que forma parte el auxiliar administrativo en los centros de salud y consultorios no solo realiza funciones de gestión, sino también tiene un contacto directo con el paciente, por lo que el auxiliar administrativo debe actuar con amabilidad y empatía. Su trabajo tiene una doble vertiente, por un lado, se encarga de tareas puramente administrativas, por lo que debe conocer perfectamente los programas informáticos que utiliza la institución sanitaria, como puede ser Turriano, en La Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, o el programa de tarjeta sanitaria a nivel nacional. Por otro lado, realiza tareas de atención directa al público por lo que debe poseer habilidades sociales, y capacidad de resolución de conflictos.

6 Bibliografía

1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
2. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
3. <https://revistamedica.com/funciones-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/>

Capítulo 497

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SECRETARÍA DE PLANTA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

1 Introducción

Todo sistema sanitario comprende dos niveles de asistencia, Atención Primaria y Atención Especializada. Cuando las posibilidades de tratamiento superan el primer nivel, el paciente será derivado a los servicios que se prestan en atención especializada, ya sea a consultas externas, hospitalización, hospital de día etc.

El servicio de Admisión y Documentación Clínica abarca todo el movimiento asistencial del paciente en el hospital. Las áreas o servicios que comprende la atención especializada son:

- Hospitalización.
- Actividad quirúrgica.
- Atención en régimen ambulatorio; consultas externas, hospital de día etc.
- Servicio de urgencias.

La unidad de hospitalización se encarga de gestionar todo lo relacionado con ingresos, traslados, altas, además de la actividad de las unidades asistenciales, adecuando la misma a la demanda y objetivos del centro.

Las unidades de hospitalización tienen como misión prestar los cuidados necesarios a los pacientes, cuando por necesidades médicas éstos requieren ingreso en planta, pues su proceso patológico requiere un seguimiento y cuidados continuados.

En este ámbito es donde desarrolla sus funciones la secretaria de planta. Dará cobertura administrativa al personal sanitario realizando las tareas que éste le encomiende y estén dentro de sus funciones.

En este capítulo vamos a tratar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la secretaría de planta, sus cualidades y sus tareas más relevantes.

2 Objetivos

- Listar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la secretaría de planta.
- Destacar la importancia del trabajo de auxiliar administrativo en la secretaría de planta para el buen funcionamiento de la unidad de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en la búsqueda de diferentes publicaciones en internet, relacionadas con la labor del auxiliar administrativo en secretaría de planta en el ámbito hospitalario, se han consultado diferentes artículos relacionados con el tema. Posteriormente se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo. Por último, se ha extraído y sintetizado la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

Dentro del ámbito hospitalario como hemos dicho se presta atención en régimen ambulatorio y de internamiento. La primera se lleva a cabo en consultas externas, hospital de día, servicio de urgencias etc.

La segunda se presta en las llamadas unidades de hospitalización, cada hospital, dependiendo del área que deba atender tendrá mayor o menor número de especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas.

- Especialidades médicas: interna, oncología, neurología, nefrología, pediatría, digestivo, neumología etc.

- Especialidades quirúrgicas: cirugía general, neurocirugía, cirugía torácica, cirugía pediátrica etc.

- Especialidades médico-quirúrgicas: ginecología, otorrinolaringología, traumatología, urología, dermatología, oftalmología, etc.

En cada una de las plantas de hospitalización suele ubicarse una secretaria de planta, encargada de realizar todas las gestiones relacionadas con la asistencia sanitaria de los pacientes, así como aquellas tareas que sean demandadas por el personal facultativo de la unidad. Es aquí donde el auxiliar administrativo desarrolla su trabajo.

Entre las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la secretaría de planta nos encontramos:

- Transcribirá a Word los informes de alta que le indiquen los facultativos de la unidad.

- Realizará un seguimiento de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados, comprobando que se encuentran ordenadas en su casillero correspondiente.

- Solicitará al archivo las historias que sean requeridas por el personal sanitario, mediante petición telefónica o informáticamente.

- Devolverá al archivo las historias clínicas de los pacientes que hayan sido dados de alta.

- Citará a los pacientes que requieran revisión médica siguiendo las instrucciones del facultativo encargado del paciente.

- Realizará los justificantes de hospitalización que sean requeridos por pacientes, familiares y acompañantes.

- Atenderá las llamadas telefónicas.

En resumen el auxiliar administrativo que presta sus servicios en secretaría de planta, ofrecerá ayuda al paciente y sus familiares durante el tiempo que permanezca hospitalizado, resolviendo todas sus dudas y facilitando el acceso a todos los servicios a los que tienen derecho. Por otro lado realizará las tareas administrativas de apoyo al personal facultativo.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de hospitalización ofrecen una atención continuada las 24 horas del día, por lo que los pacientes necesitan cubrir todas sus necesidades, tanto asistenciales como administrativas. En este sentido el equipo multidisciplinar que trabaja en la unidad contribuye proporcionar una estancia lo más agradable posible para el paciente y acompañantes. Resolverán en todo momento las dudas que puedan surgir en el ámbito de actuación que le corresponde a cada profesional. El auxiliar administrativo que trabaja en esta unidad deberá conocer perfectamente todos los programas informáticos de la institución así como el paquete office. Además de tener un trato amable y respetuoso con los pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1. Principales funciones del Auxiliar Administrativo en el ámbito sanitario - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
2. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-15-.pdf>

Capítulo 498

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

1 Introducción

Dentro de los hospitales existen numerosas especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, así como servicios de diagnóstico y tratamiento. También prestan otro tipo de servicios a través de los Trabajadores Sociales. Por todo ello, se hace necesario establecer en todos los hospitales un punto de atención al paciente, donde éste pueda resolver todas sus dudas respecto a sus derechos como usuario del sistema sanitario.

Estos centros de atención al paciente son gestionados por la unidad administrativa de la institución sanitaria. En ellos trabajan los auxiliares administrativos que sirven de enlace y comunicación entre los pacientes y los distintos servicios médicos y quirúrgicos.

Normalmente el servicio de atención al paciente será gestionado por un enfermero que trabajará en coordinación con varios auxiliares administrativos.

Este servicio recogerá todas las peticiones de los pacientes e intentará proporcionar una solución o respuesta a la petición de los usuarios. Normalmente este servicio suele estar ubicado en la entrada del centro hospitalario, y tiene un horario de atención a pacientes y familiares.

En el siguiente capítulo vamos a describir cómo funciona el servicio de atención al paciente, y las funciones que realiza en dicho servicio el auxiliar administrativo, sirviendo de conexión entre los usuarios y el personal médico.

2 Objetivos

- Listar las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de atención al paciente.
- Destacar la importancia del auxiliar administrativo en dicho servicio.

3 Metodología

El presente trabajo se ha desarrollado teniendo en cuenta información recabada a través de internet, revistas científicas, artículos basados en el tema que nos ocupa como es en este caso las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de atención al paciente.

4 Resultados

En toda institución sanitaria, ya sea pública o privada, existirá un servicio de atención al paciente cuya función será la de atender al usuario en todos los asuntos o aspectos relacionados con su proceso asistencial. Velará por el cumplimiento de todos sus derechos.

Esta unidad prestará sus servicios normalmente de lunes a viernes en un horario determinado establecido por la dirección del hospital.

Seguidamente vamos a enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de atención al paciente:

- Orienta a los pacientes y familiares cuando acuden o ingresan en los centros sanitarios.
- Recepcionará y tramitará todas las solicitudes de documentación clínica. Esta solicitud se realizará mediante un impreso que deberá rellenar el paciente junto

con una fotocopia de su carnet de identidad especificando en su solicitud si desea copia de informes médicos o pruebas. En la medida de lo posible, deberá concretar las fechas y el servicio al que van dirigidos.

-En esta unidad también se transmitan todas las quejas y reclamaciones que presenten los pacientes, informando en todo momento del proceso de tramitación y estado del mismo.

-Se tramitarán las peticiones de una segunda opinión médica.

-Gestionarán los cambios de especialista.

-Informarán al paciente sobre su derecho a la libre elección de centro.

-Informarán sobre la lista de espera quirúrgica.

-Esta unidad de atención al paciente también atenderá al paciente durante su ingreso hospitalario, solucionando todos los problemas que puedan surgir, relativos tanto a las instalaciones, como al personal del hospital.

- Esta unidad cuenta con un buzón de sugerencias gestionado por los auxiliares administrativos, los cuales deberán tramitar todas las sugerencias y opiniones de los pacientes y familiares, poniéndolas en conocimiento de quien proceda para que éstas puedan ser tenidas en cuenta Para mejorar la calidad del servicio prestado.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar, el servicio de atención al paciente es de gran importancia, pues es un indicador de la calidad de la atención prestada en la institución sanitaria. A través de este servicio se pueden reconocer problemas o carencias a todos los niveles y darles una solución.

Para el correcto desempeño de su labor el auxiliar administrativo deberá conocer todos los servicios que presta el hospital, así como los derechos del usuario.

En su relación con el paciente, deberá mostrar un trato amable y correcto, atendiendo en todo momento las peticiones del paciente y ofreciéndole dentro de sus posibilidades de gestión la mejor opción.

6 Bibliografía

1. <https://www.unir.net/salud/revista/servicios-atencion-paciente/>
2. <https://www.chospab.es/paciente/atencionalpaciente/atencionalpaciente.htm>
3. <https://revistamedica.com/papel-personal-administrativo-atencion-paciente/>

Capítulo 499

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

JULIANA LADERO PACHECO

PETRA MONTALVO CAMPOS

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

LUCIA MONTALVO CAMPOS

1 Introducción

La limpieza de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se refiere a las actividades realizadas para mantener la higiene y la salud de los pacientes en estado crítico que requieren atención especializada. En la unidad de cuidados intensivos, la higiene es importante para prevenir infecciones, mantener la salud de la piel y mejorar la comodidad del paciente.

En la limpieza de la unidad de cuidados intensivos se realizan muchas tareas, como lavar y secar el cuerpo del paciente, lavar la boca, lavar los ojos y los oídos, cambiar los tazones y limpiar los utensilios utilizados por los médicos. La limpieza de la unidad de cuidados intensivos se realiza por otros métodos según el estado del paciente y la necesidad de mantener un ambiente limpio. Esto incluye el cumplimiento estricto de las medidas de higiene y prevención de enfer-

medades, como el lavado de manos adecuado, el uso de equipo de protección personal y la sanitización de nuestros hogares.

Además, la limpieza de la UCI requiere una buena comunicación y compasión por parte de las enfermeras y el personal de apoyo. Es importante construir relaciones de confianza con los pacientes, brindar apoyo emocional y siempre respetar su independencia y dignidad. La comunicación clara y la explicación del procedimiento también son importantes para que el paciente entienda y permanezca tranquilo durante el procedimiento.

Limpieza del paciente de la unidad de cuidados intensivos es una serie de trabajos de limpieza y relajación diseñados para mantener los hogares de ancianos limpios y saludables. Administrado por enfermeras y paramédicos calificados y compasivos. El saneamiento en los hogares de ancianos es importante para promover la salud, prevenir complicaciones y proporcionar un entorno seguro y cómodo para que los pacientes se recuperen.

2 Objetivos

Conocer las distintas tareas que se enfrenta el celador en el hospital, principalmente el aseo de un paciente que está en cuidados intensivos.

3 Metodología

Para la examinación sobre el contenido de este trabajo, realizamos un estudio y revisamos la literatura científica actual. Realizamos una búsqueda bibliográfica sistemática y buscamos artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos de la literatura de investigación.

4 Resultados

Los celadores juegan un papel importante en la higiene del paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Si bien su trabajo principal es conducir y animar a los pacientes, puede estar involucrado en actividades relacionadas con la limpieza e higiene de los pacientes en el área. A continuación se describen algunos deberes específicos de un celador de atención al paciente de la UCI:

- Preparación del entorno: El personal de enfermería trabaja en conjunto para establecer el entorno de atención del paciente en la UCI. Esto puede incluir encontrar y preparar el equipo necesario, como toallas, esponjas y agua jabonosa.

Además, puede establecer un ambiente saludable, como controlar la temperatura y la iluminación.

- Apoyo de Enfermería: Trabaja con las enfermeras que trabajan en la UCI durante la limpieza del paciente. Esto puede incluir ayudar al paciente a caminar cómodamente y posicionarlo para usar el baño en una posición cómoda. Además, los celadores pueden ayudar a proporcionar la información necesaria a los cuidadores durante la planificación.
- Traslado y apoyo de pacientes: los celadores pueden ayudar a trasladar y apoyar a los pacientes en camas o sillas de ruedas para caminar. Esto significa usar técnicas apropiadas para apoyar y alentar a los pacientes y garantizar su seguridad y comodidad durante el procedimiento.
- Mantenimiento del orden y la higiene: los celadores pueden trabajar juntos en un ambiente bueno y limpio después de limpiar a un paciente. Esto puede incluir la eliminación adecuada del equipo usado y la limpieza de áreas y pisos.
- Apoyo emocional: Los celadores pueden brindar apoyo emocional a los pacientes durante su ingreso en la UCI. Esto incluye mantener una conducta amistosa y respetuosa, escuchar y responder a las necesidades e inquietudes de los pacientes con paciencia y compasión. El terapeuta puede animar y brindar información de seguridad al paciente durante el proceso de preparación.

5 Discusión-Conclusión

De todos los deberes del celador, la compasión es fundamental cuando se trabaja con pacientes de la UCI. Los celadores deben demostrar comprensión y preocupación por las necesidades e inquietudes de los pacientes y brindar atención compasiva y respetuosa en todo momento. La colaboración se puede ver escuchando atentamente, mostrando un interés genuino en la vida del paciente y animándolo. Los celadores pueden transmitir calma y tranquilidad al Paciente, brindándole consuelo en momentos difíciles. El duelo crea un ambiente seguro y de confianza que ayuda a los pacientes a vivir una buena vida y obtener una mejor atención en la UCI.

6 Bibliografía

- www.google.com
- www.revistamedica.com

Capítulo 500

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL EN PLANTA DE PALIATIVOS

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

PETRA MONTALVO CAMPOS

JULIANA LADERO PACHECO

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

LUCIA MONTALVO CAMPOS

1 Introducción

Los pacientes incurables son aquellos con una expectativa de vida de no más de 6 meses, SECPAL (Asociación Española de Cuidados Paliativos) declara que un paciente padece una enfermedad incurable si:

- Si el paciente tiene enfermedad progresiva que continúa progresando y no se puede curar porque no responde a las terapias establecidas.
- El paciente es pluripatológico. Exhibe muchos síntomas intensos, multifactoriales y alternantes en el cuerpo.
- La enfermedad tiene un profundo impacto emocional y sentimental en los pacientes y sus seres queridos, requiriendo apoyo psicológico para afrontar la enfermedad, sus consecuencias y su destino final.
- El paciente tiene menos de 6 meses de vida.

Cuando un paciente tiene una condición médica incurable, se necesita una atención diferente, enfocada en la salud mental y física del paciente más que en tratar o curar la enfermedad. Por ello, el trabajo de los profesionales de cuidados paliativos se centra en atender las necesidades emocionales y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

- El control de síntomas se realiza para reducir el dolor.
- Se brinda apoyo emocional y se lleva a cabo una amplia comunicación.
- Un gran equipo multidisciplinar de expertos para atender todas las necesidades de los pacientes y sus seres queridos.

2 Objetivos

- Conocer los criterios necesarios para acreditar el estado terminal de un paciente y las funciones que desempeñan los celadores ante la presencia de estos pacientes.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros para referenciar artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, y se seleccionaron artículos científicos de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

1.Funciones de los celadores en pacientes con enfermedades intratables:

- Movilizar a los pacientes encamados para hacerlos más cómodos.
- Modificar la postura para aliviar la presión en partes específicas del cuerpo de pacientes postrados en cama a largo plazo.
- Ir al baño todos los días para refrescar y reconfortar su cuerpo o partes específicas del cuerpo.
- Transferir a un paciente con una enfermedad terminal accesible para silla de ruedas al área del jardín del centro de atención médica para distraer al paciente y permitirle alejarse de las cuatro paredes confinadas dentro del centro de salud durante la estadía en el hospital .

- Realización de actividades de distracción en la habitación del paciente terminal. Las actividades incluyen escuchar música, leer libros y leer revistas.

- Preparar los restos de pacientes recientemente fallecidos para su posterior traslado a la sala de autopsias del centro de salud.

2.Actitudes hacia los pacientes al final de la vida:

- Será parte de un equipo multidisciplinario que desarrolla prácticas profesionales para pacientes con cuidados paliativos al final de la vida. Esta acción debe enfocarse no solo en el paciente, sino también en los seres queridos y seres queridos del paciente. Porque este es un momento muy difícil para ambas partes.

3.Por lo tanto, los celadores deben comportarse de la siguiente manera en el desempeño de sus funciones:

- Ser comprensivos y sensibles.

- La etapa final del paciente es muy difícil, tanto para el paciente, que conoce su fin último, como para la familia que lo ve sufrir. Los profesionales necesitan tener empatía, comprender su situación y ayudarlos a superar esta etapa de la mejor manera posible.

- Comunicación y Escucha Activa.

- Permita la paciencia del paciente comunicándose con sus seres queridos y expresando verbalmente sus sentimientos mientras el Centenario lo alienta a aliviar su dolor.

5 Discusión-Conclusión

Como ya se ha comentado, los pacientes en fase terminal son atendidos por un amplio equipo multidisciplinario formado por diversos grupos profesionales. Entre estos profesionales también se encuentran los celadores encargados de movilizar y transportar a los enfermos terminales.

Para los pacientes terminales y sus familias, el comportamiento del celador cumple solo dos funciones, pero es importante enfatizar que el comportamiento del cuidador es tan importante como la realización de muchos comportamientos. Al igual que otros equipos profesionales, los celadores de seguridad deben mantener una actitud positiva, positiva, comprensiva y empática con los pacientes y sus familias, y ayudarlos a comprender la enfermedad y el desenlace final del paciente.

6 Bibliografía

-www.google.com

-www.revistamedica.com

Capítulo 501

PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

PETRA MONTALVO CAMPOS

LUCIA MONTALVO CAMPOS

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

JULIANA LADERO PACHECO

1 Introducción

Una autopsia es la disección y examen de los restos de una persona fallecida con el fin de determinar la causa de la muerte o la presencia de un proceso patológico. Se consideran como personal no sanitario, a pesar de que los celadores realizan las funciones y responsabilidades directas asociadas a la atención del paciente y son, de hecho, profesionales esenciales para el funcionamiento del centro. Informan, asesoran y orientan a los pacientes en los distintos servicios de los centros y hospitales.

Este capítulo se centra en el celador de autopsias o necropsias y se detallan sus funciones, características del servicio y su importancia en el ámbito hospitalario. En esta división del Hospital, el celador tiene una relación más relajada con los usuarios y su trabajo se enfoca en apoyar a las demás categorías médicas.

Este es un servicio donde el cumplimiento de los protocolos de seguridad y medidas de protección es fundamental, ya que implica el manejo de órganos internos

de pacientes potencialmente contaminados. Por lo tanto, para evitar accidentes en el trabajo, los celadores deben conocer en detalle las medidas de protección y cumplirlas a conciencia.

También se deben conocer los principios de la higiene postural, ya que los cadáveres deben ser trasladados de la cámara frigorífica a la sala de disección, colocados sobre la mesa de disección y posteriormente recolocados.

2 Objetivos

-Delimitar las funciones del celador en la sala de autopsias y conocer los riesgos del celador en la sala de autopsias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizó un proceso documentado en Internet. Este proceso consiste en buscar en diversas plataformas de información científica, como Elsevier, y en el buscador pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como 'celador' y 'sala de disección'. ' y límites para descartar artículos no españoles y obtener un conjunto de resultados más manejable.

4 Resultados

Una autopsia es la disección y examen de los restos de una persona fallecida con el fin de determinar la causa de la muerte o la presencia de un proceso patológico. Hay muchos tipos diferentes de anatomía:

- Autopsia Clínica: Realizada en el hospital para determinar la causa de la muerte.
- Autopsia Forense: Realizada por orden de un juez si hay sospecha de signos de violencia o actividad delictiva. Esto lo hace un médico forense y se realiza en un laboratorio forense, no en un hospital.

Sala de disección se define como una sala en la que se realizan estudios anatómicos. Por lo general, se encuentra en el sótano del hospital, cerca de la sala de autopsias. Esta habitación debe cumplir ciertas condiciones:

- La sala de disección debe tener un tamaño mínimo de 20 metros cuadrados, con pisos impermeables y paredes y techos fáciles de limpiar.
- Se instala una mesa de disección con dimensiones mínimas de 2 metros de largo y 0,75 metros de ancho.
- Los materiales son impermeables, acero inoxidable,

mármol, granito, etc.

- Equipado con sistema de ventilación, sistema de escape, iluminación adecuada, agua fría y caliente, sistema de pesaje de órganos, drenaje accesible y prevención de reflujo.

Las funciones del celador de la sala de disección son ayudar, limpiar y ayudar a los equipos médicos y forenses. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- Los restos deben ser trasladados de la cámara frigorífica a la mesa de disección e identificados por completo. Úselo en la posición indicada por el personal médico.
 - Ayuda al personal médico en todas las tareas que le son encomendadas, siempre que no requieran el uso de instrumentos sobre cadáveres.
 - Dotar a los profesionales del equipamiento necesario para la realización de exámenes físicos.
 - Reclutar el cuerpo tantas veces como sea necesario para realizar la disección.
 - Realizar todas las tareas especificadas por el patólogo. B. Medición del peso de los órganos.
 - El cadáver se limpia y se vuelve a ensamblar llenando la cavidad visceral con celulosa, después de lo cual los patólogos comienzan a sellar el cadáver.
 - Limpiar la mesa de disección, la sala y todos los instrumentos utilizados allí.
 - Muestras orgánicas enviadas al Departamento de Patología.
 - El acceso está controlado para que solo las personas autorizadas puedan acceder.
- Para el desempeño de sus funciones, los celadores deben conocer las medidas de seguridad y utilizar correctamente los materiales para evitar posibles accidentes en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión se puede afirmar que la función del celador en este servicio es meramente accesoria y debe cumplir todas las instrucciones y directivas que le dé el personal médico como parte de sus funciones. Cabe señalar que en ningún caso se permite a los celadores utilizar instrumentos sobre el cadáver.

Los restos deben ser siempre identificados y tratados con todo el respeto, el cuidado y seriedad posible. También debe evitar que personas no autorizadas accedan al sitio. Aunque esas funciones en este servicio son funciones puramente auxiliares, son igualmente importantes, ya que son esenciales para el correcto funcionamiento del servicio.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/celador-autopsias-actuacion-prevencion/>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-del-celador-en-una-salade-autopsias/>

Capítulo 502

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DE CONSULTAS EXTERNAS

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

1 Introducción

En relación con los cuidados hospitalarios, cuando la necesidad de atención del paciente sobrepasa la atención primaria en su Centro de Salud o Consultorio Local, es derivado por su médico de atención primaria al complejo hospitalario debido a su posible patología. Los auxiliares administrativos son los que se encargan de la gestión administrativa para que el paciente sea atendido en su hospital de referencia.

Los auxiliares administrativos forman parte del equipo de profesionales centrados en la atención al paciente. Aunque habitualmente no se considera parte fundamental del equipo de trabajo, es un error pensar así, ya que es parte imprescindible, por su relación con los pacientes y sus familias, teniendo bastante conocimiento de sus problemas, que será de gran utilidad para el resto de profesionales.

Su trabajo consiste en la gestión administrativa de la especialidad o especialidades que lleve a cabo, ya que es necesario un preciso y dinámico registro de la documentación de carácter administrativo necesario en la Secretaría de consultas externas. El papel que desempeña está relacionado con las citaciones de consultas externas, la atención al paciente, y en especialidades quirúrgicas llevar a cabo el protocolo de las próximas intervenciones, así como ser el nexo de unión entre el resto de profesionales y los propios pacientes.

2 Objetivos

- Abordar cuál es el papel del auxiliar administrativo en la Secretaría de consultas externas de un hospital.
- Describir las funciones y tareas del auxiliar administrativo en la Secretaría de consultas externas.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se ha buscado palabras clave como “secretaría”, “salud”, “administración”.

4 Resultados

En las secretarías de consultas externas, el auxiliar administrativo se encarga de las siguientes gestiones, siempre teniendo en cuenta la autorización previa de los profesionales sanitarios:

- La atención presencial y telefónica de pacientes.
- Revisión y actualización de datos de pacientes.
- Revisión y redacción de correos electrónicos tanto internos como a otros centros hospitalarios.
- En especialidades quirúrgicas, se encarga de concretar con admisión de lista de espera quirúrgica los pacientes que van a ser operados próximamente. Elabora los partes de quirófano y los protocolos quirúrgicos, además de pedir material o fármacos necesarios para las intervenciones.
- Citar en consultas externas, enviando por correo postal, llamada o mensaje de texto la citación.

- Redactar y entrega de informes.
- Elaborar escritos a Dirección Médica como a otros servicios, vía interna o externa del hospital.
- Realizar derivaciones a otros hospitales o centros, públicos o privados, dentro de la provincia o comunidad, como fuera de ella.
- Realización de las guardias médicas mensuales, además de la realización de las guardias de fin de semana, así como las consultas en turno de tarde.
- Gestionar las interconsultas.
- Impresión de los listados de consultas externas diarias.
- Gestionar las quejas o sugerencias que el departamento de Atención al Paciente pone en conocimiento al servicio.
- Petición de ambulancia para traslado de pacientes a consultas del propio hospital o cuando ha sido derivado a otro centro hospitalario.
- Redactar justificantes de acceso a consultas externas, tanto para pacientes como para acompañantes.
- Recogida de documentación en los archivadores dispuestos para su correcta distribución por los servicios correspondientes.
- Informar a la planta cuando un paciente ingresado se opera, para realizar el protocolo correctamente previo a la operación.
- Organización de agendas de los profesionales sanitarios.
- Realización de estadísticas mensuales con las pruebas o técnicas usadas en consulta.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario es indispensable para diagnosticar y realizar una atención continuada del paciente, a su vez el personal no sanitario, en este caso, los auxiliares administrativos son la primera figura con la que el paciente entra en contacto, de ahí que tengan mucha información, puesto que tratan tanto con el paciente como con el resto de profesionales.

En definitiva el personal administrativo, sirve de apoyo en cuanto a lo material y lo humano relacionado con las funciones administrativas. Y hablando concretamente de las Secretarías de consultas externas, trabajan con el objetivo de mejorar la calidad del servicio prestado a los pacientes y profesionales en cualquier trámite relacionado con las consultas externas hospitalarias.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar administrativo en atención hospitalaria. [Internet]. [Septiembre 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>.
2. El auxiliar administrativo en las consultas externas de un hospital. [Internet]. [18 de junio de 2021]. <https://congresosicepa.com/administrativo-consultas-externas/#::text=Son%20los%20encargados%20de%20dar,consultas%20en%20d%C3%Ada%20y%20hora>.

Capítulo 503

INTELIGENCIA EMOCIONAL APLICADA A LOS PROFESIONALES DE SERVICIOS SOCIALES SANITARIOS: TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO

DIANA BRAVO COSIO

1 Introducción

Hasta hace poco, la inteligencia era sinónimo de coeficiente intelectual, y se medía mediante test. Estos test están enfocados a medir aspectos concretos acerca del rendimiento académico.

Con la teoría de inteligencias múltiples, se comienza a dar importancia a la inteligencia emocional, que contempla aptitudes como las habilidades sociales, dentro del plano emocional. Tras varias investigaciones se ha demostrado que, independientemente de la capacidad intelectual de una persona, son sus habilidades emocionales las que determinan su calidad de vida y su éxito personal y profesional.

Podemos definir la inteligencia emocional, según Daniel Goleman como la capacidad de reconocer las emociones (propias y ajenas) y la habilidad para gestionar nuestra respuesta ante las mismas.

Esta inteligencia abarca cinco competencias: la habilidad, para conocer las propias emociones; el autocontrol de sentimientos, la automotivación, el reconocimiento de las emociones ajenas y, las habilidades para relacionarnos de manera adecuada con las emociones de los demás.

El desarrollo de la inteligencia emocional puede aportar beneficios en el ámbito laboral de las personas.

En este capítulo se realiza una aproximación al concepto y se desarrolla la idea acerca de los beneficios que puede aportar a los profesionales de los servicios sanitarios, y en concreto a los trabajadores sociales sanitarios.

2 Objetivos

Realizar una aproximación al concepto de inteligencia emocional así como investigar acerca de los posibles beneficios que puede aportar a los profesionales de los servicios sociales de ámbito sanitario, y en concreto, a los trabajadores sociales de ámbito sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado una investigación a través de diversos documentos sobre la literatura existente. Se han consultado diversas páginas web oficiales, así como la plataforma digital Dialnet utilizando palabras clave como inteligencia emocional en servicios sociales, servicios sociales sanitarios, trabajador social.

4 Resultados

En primer lugar, vamos a realizar un acercamiento al concepto de inteligencia emocional. Podríamos considerar que el precursor del concepto de Inteligencia Social sería el psicólogo Edward Thorndike (1920) quien la definió como “la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”.

En 1990, los psicólogos Peter Salovey y John Mayer comienzan a escribir sobre el término. Realizan una nueva definición: “la inteligencia emocional hace referencia a los procesos involucrados en el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales de uno mismo y de otros para resolver problemas y regular la conducta. Se refiere a la capacidad del individuo para razonar sobre las emociones y procesar información emocional para aumentar el razonamiento, forma parte de un emergente grupo de habilidades mentales, junto a la inteligencia social, la inteligencia práctica y la inteligencia personal”.

Profundizan más en el concepto y describen que la inteligencia emocional se puede entender como una estructura formada por un modelo de cuatro ramas interrelacionadas:

- **Percepción emocional**

Se refiere a que las emociones pueden ser percibidas, identificadas, valoradas y expresadas, tanto en uno mismo, como en los demás, a través del lenguaje verbal y no verbal, de la expresión mediante música o arte, etc. Se incluye aquí la capacidad para expresar dichas emociones de forma adecuada, así como de identificar expresiones precisas e imprecisas, honestas o deshonestas.

- **Facilitación emocional del pensamiento**

Hace referencias a que las emociones que sentimos influyen en la cognición (integración emoción y cognición). Priorizan el pensamiento y dirigen la atención a la información importante. Nuestro estado de humor puede cambiar la perspectiva que tenemos de las cosas que nos suceden, desde el optimismo al pesimismo. Además, los estados emocionales facilitan el afrontamiento. Un ejemplo sería: el bienestar facilita la creatividad.

- **Comprensión emocional**

Abarca la capacidad para comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional. En las relaciones interpersonales, Las señales emocionales son comprendidas, y estas, tienen implicaciones para la misma relación. También la capacidad para etiquetar emociones, reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones. Se consideran las implicaciones de las emociones, desde el sentimiento a su significado; esto significa comprender y razonar sobre las emociones para interpretarlas. A modo ejemplo: relacionar que la tristeza se debe a una pérdida.

Y la habilidad para comprender sentimientos complejos; por ejemplo, el amor y odio simultáneo hacia una persona querida durante un conflicto, así como la habilidad para reconocer las transiciones entre emociones; por ejemplo, de frustración a ira, de amor a odio.

- **Regulación emocional**

Se trata de la regulación reflexiva de las emociones para promover el conocimiento emocional e intelectual. Los pensamientos promueven el crecimiento emocional, intelectual y personal para hacer posible la gestión de las emociones en las situaciones de la vida.

Implica la habilidad para distanciarse de una emoción, la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros y la capacidad para mitigar las emociones negativas y potenciar las positivas, sin reprimir o exagerar la información que transmiten.

Más adelante, en 1995, Daniel Goleman, da visibilidad al concepto, mediante su publicación “La Inteligencia Emocional” (1995), seguido de La Inteligencia Emocional en la Empresa (1998). Podemos considerar este momento como un hito importante, puesto que, hasta entonces, se identificaba la inteligencia con el coeficiente intelectual. A la hora de acceder al mundo laboral, las empresas tenían en cuenta principalmente los méritos académicos y la experiencia laboral previa. A partir de aquí, se comienza a pensar en la idea, de que el éxito laboral de una persona, está más relacionado con la inteligencia emocional, que con su coeficiente intelectual.

Goleman identifica cinco componentes de la inteligencia emocional:

1. Autoconciencia o autoconocimiento:

Hace referencia a la capacidad que tenemos los seres humanos para conocer nuestras emociones e identificarlas cuando las sentimos. Podemos incluir también el autoconocimiento acerca de nuestras fortalezas y nuestras debilidades. Identificar nuestras emociones nos permite controlarlas y nos facilita la toma de decisiones en nuestro día a día, ya sea en la vida laboral o personal, puesto que nos aporta mayor seguridad en nosotros mismos.

2. Autorregulación o autocontrol:

Este concepto está relacionado con la conciencia de un mismo, pero se refiere específicamente a la capacidad de controlar o manejar nuestras emociones. Controlar nuestros impulsos nos ayuda a liberarnos de emociones desagradables que nos pueden llevar a situaciones conflictivas. Además, aquellas personas capaces de controlar sus emociones pueden ofrecer un ambiente de confianza a las personas que le rodean, ya sea a nivel laboral o personal.

3. Automotivación:

Cuando las personas logran el autocontrol emocional, entendido como la capacidad de demorar la gratificación instantánea y evitar la impulsividad, se convierten en personas más productivas y eficaces en las distintas áreas vitales. Esto genera que aumente la motivación a la hora de actuar para conseguir sus metas. Cuando hablamos de automotivación, nos referimos a las actuaciones que realizamos movidos por los logros que queremos conseguir. Es decir, es una motivación interna.

4. Empatía:

La empatía es la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás. Nos permite ver las cosas desde la perspectiva de las otras personas. Implica leer su lenguaje corporal, tono de voz, etc. Pero no se trata de absorber sus emociones, sino de entenderlas, manteniendo una compostura sabia y firme con la que responder en consecuencia.

5. Habilidad Social:

Este concepto hace referencia a la habilidad para manejar las relaciones con otras personas, que, de alguna manera, implica manejar las emociones de los demás. Las habilidades nos permiten expresar sentimientos, deseos u opiniones de manera asertiva, es decir, de modo adecuado a la situación en la cual el individuo se encuentra mientras respeta las conductas de los otros.

¿Cómo beneficia la inteligencia emocional a los trabajadores de la sanidad?

Los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, como son los trabajadores sociales sanitarios, se encuentran expuestos a situaciones difíciles de gestionar emocionalmente.

Esta exposición provoca que existan muchas personas que padecen el síndrome de burnout. Podríamos definir el síndrome de burnout como la cronificación del estrés laboral, manifestada a través de agotamiento físico y mental prolongado en el tiempo.

Para que la atención de los usuarios sea correcta y de calidad, los trabajadores sociales sanitarios, han de tener cubiertas todas sus necesidades, tanto físicas como psicológicas.

Por ello, la aplicación de la inteligencia emocional en estos profesionales es de especial importancia, ya que, podría aportarles los siguientes beneficios:

- Favorecer el equilibrio emocional
- Contribuir al mantenimiento de una buena salud
- Prevenir enfermedades que pueden producir los desequilibrios emocionales
- Aportar mecanismos de defensa para la reacción positiva a la tensión y al estrés

De manera que la inteligencia emocional puede ser una herramienta útil tanto para la prevención como en el tratamiento del síndrome de burnout.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores sociales sanitarios se enfrentan a situaciones de alta carga emocional, como pueden ser situaciones de enfermedad, la muerte de familiares, los problemas económicos o familiares, los casos de violencia de género... Que generan sentimientos de sufrimiento, miedo, soledad, frustración, injusticia...

Estos sentimientos pueden afectar a nivel emocional a la persona y generar sentimientos negativos como altos niveles de estrés o síndrome de burnout. De manera que, la identificación y gestión de estos sentimientos, es un factor clave para el cuidado de su salud profesional y a la vez les permite aportar un cuidado de mayor calidad a la persona usuaria.

6 Bibliografía

- Azucena Hidalgo, S; Jenaro, C; Moro Gutiérrez, L. La inteligencia emocional como factor protector del bournout y sus consecuencias en personas sanitario ecuatoriano, 2022
- Caicedo Hidalgo, J. la importancia de la inteligencia emocional para la prevención del síndrome burnout en el trabajo social. 2016
- Goleman, D. El cerebro y la inteligencia emocional: nuevos descubrimientos. 2013
- Punset, E. “Brújula para navegantes emocionales”. 2015

Capítulo 504

INCREMENTO DE LAS CESÁREAS EN LA SANIDAD DE NUESTRO PAÍS

MARÍA CARMEN GARCIA LOPEZ

1 Introducción

La operación cesárea es una intervención quirúrgica, que consiste en la extracción del feto por la vía abdominal, a través de una incisión en el útero. El parto vaginal es la forma natural de nacer, pero en muchas ocasiones no es posible y es necesaria la cesárea.

La primera cesárea documentada, en una mujer viva, data del siglo XII. La realizó Jeremias Trautmann, un cirujano de la corte de Wuttemberg, en el año 1610 en Sajonia. El niño sobrevivió, pero la madre murió por sepsis a los 25 días.

La cesárea es una intervención quirúrgica que salva vidas y se realiza en situaciones médicas necesarias, tanto para la madre como para el feto. Sin embargo, en la actualidad, en muchos países, incluido el nuestro, ha habido preocupación por el aumento de las tasas de cesáreas, sin una clara indicación médica.

Muchos expertos, aseguran que se hace un abuso de esta intervención, por ejemplo, sucede en los partos de nalgas, en los que recuperando viejas técnicas, se podría evitar esta intervención quirúrgica en la mayoría de los casos.

En nuestro país se producen también diferencias regionales, en la prevalencia de las cesáreas, lo que ha generado interés en comprender las razones que hay detrás de esta tendencia.

2 Objetivos

Analizar y discutir las tendencias del aumento de las cesáreas en nuestro país, así como los factores asociados que podrían estar contribuyendo a este fenómeno.

3 Metodología

Explicar cómo han evolucionado las tasas de cesáreas en nuestro país.
Detallar cuáles son los datos más relevantes en relación con la realización de cesáreas dentro y fuera de nuestro país.

4 Resultados

Los resultados indican, sin ningún género de dudas, que las tasas de cesáreas en España, han experimentado un constante aumento en las últimas décadas. Uno de cada cuatro niños en nuestro país nace por cesárea.

España supera con creces los criterios que fija la Organización Mundial de la Salud, que son del 15%, alcanzando cifras que nos sitúan en el 25 y 28%. Los centros sanitarios cántabros y catalanes, están a la cabeza, con porcentajes del 30 o 40%, y los de los centros del País Vasco son los que menos cesáreas realizan, entre el 13 y el 14%, por debajo de las tasas fijadas por la OMS.

La situación es muy similar en muchos países de nuestro entorno, Italia llega a tasas del 40%. Grecia y Reino Unido superan bastante el 30%. En los países nórdicos el porcentaje de cesáreas es menor, alrededor del 20%. En los centros sanitarios de Estados Unidos se practican también cesáreas en un tercio de los partos.

Se encontraron diferencias muy significativas entre las distintas regiones de nuestro país, con algunas áreas mostrando unas tasas claramente más altas de cesáreas que otras. Además, se identificaron factores asociados con el incremento de las cesáreas, como la edad materna avanzada, la comodidad de los médicos y pacientes con la cirugía, y la excesiva medicalización del parto.

En nuestro país, la tasa media de cesáreas en los centros sanitarios públicos es del 21,9%, mientras que en los centros sanitarios privados llega al 37% de los partos que se producen. En el total de los centros hospitalarios con tasas de cesáreas

superiores al 45%, la mayoría de esos centros están fuera del sistema público; 23 son hospitales privados y 10 de esos centros son grandes maternidades.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de las cesáreas en la sanidad española, plantea preocupaciones sobre la medicalización del parto y sus posibles consecuencias tanto para la salud de la madre como para la salud neonatal.

Es de vital importancia, abordar todos los factores asociados y más aún, promover prácticas basadas en evidencia, para reducir las tasas innecesarias de cesáreas, y poder así asegurar una atención materno-infantil segura y de calidad.

El incremento de las cesáreas en la sanidad española, es un tema que requiere una revisión exhaustiva de las políticas de salud, la formación de los médicos, y el fomento de la toma de decisiones compartidas entre médicos y pacientes.

Es esencial adoptar, enfoques multidisciplinarios para abordar este problema, y garantizar que las cesáreas se realicen de manera adecuada y justificada, preservando la seguridad y bienestar de las madres y los bebés.

6 Bibliografía

Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/>

Sociedad Marcé. <https://www.sociedadmarce.org/>

Capítulo 505

EL CELADOR EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO Y LAS MOVILIZACIONES DE PACIENTES EN LA MESA DE OPERACIONES

IVAN CARRION PEREZ

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

El servicio o bloque quirúrgico es el conjunto de salas en las que se llevarán a cabo las distintas operaciones programadas o de urgencia, así como otras áreas para la preparación de los pacientes, o el almacenamiento de dispositivos y distintos materiales. Además, cuenta con un equipo de personal muy especializado, profesional, cada uno en su categoría, como por ejemplo: cirujanos, anestesistas, enfermeras y auxiliares de enfermería, celadores y personal de limpieza, sin olvidar la avanzada tecnología de la que se dispone para hacer frente al diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías.

Estas salas deben además de permitir una buena movilidad y acceso de personal trabajador y del propio paciente, con buenos sistemas de ventilación y aire acondicionados específicos para que el aire se mantenga esterilizado, permitiendo que no se propaguen las infecciones, y sobre todo con una buena organización en la limpieza de superficies, esterilización de instrumental y desinfección en general, ante los riesgos inherentes de este espacio concreto por agentes químicos, biológicos o físicos.

El celador auxiliará en todas las labores que específicamente tienen definidas y que detallaremos más adelante, además de las que le sean encomendadas por parte de los médicos, supervisores o enfermería, siendo muy importante la movilización que haya que hacer al paciente una vez situado en la mesa de operaciones, antes, durante y tras la operación.

2 Objetivos

- Explicar brevemente lo que es el área quirúrgica.
- Detallar las funciones del Celador destinado en este servicio y la movilización de los pacientes cuando ya se encuentran en la mesa de operaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, sobre las funciones del celador y la movilización del paciente en la mesa quirúrgica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador deberá de conocer el objetivo que se persigue con cada movilización del paciente una vez que se encuentra en la mesa de quirófano, sabiendo que debe de hacerlo de forma correcta para que a los distintos profesionales que van a interactuar le sea más fácil desarrollar su labor, y el daño que puede acarrear una colocación inadecuada, y las distintas posiciones según el tipo de operación. Tendrá en cuenta una serie de consideraciones:

1/ Trasladar a los pacientes llevando su historia clínica, que suele venir en una carpeta o sobre, desde donde esté ubicado el paciente, hasta la sala de quirófano. El paciente puede estar en la habitación del hospital, venir en ambulancia o vehículo particular por una situación de emergencia, venir de otro hospital o centro hospitalario o venir desde casa por una operación programada. Esto lo hará el celador de blanco, que será el que se encuentre en las zonas no quirúrgicas, las siguientes funciones las realizará el celador de verde o azul que sí estarán dentro del bloque quirúrgico.

2/ Una vez que llega a la sala, observar que tiene todo lo necesario para realizar la movilización del paciente, intentando así que no se tenga esperando al paciente o que se le tengan que hacer movilizaciones innecesarias.

3/ Debe comprobar que la mesa de intervenciones está frenada, y los distintos dispositivos que vaya a utilizar estén en perfecto estado, como pueden ser: perneras, brazaletes, arco de anestesia, almohadas, etc.

4/ Saber de qué se le operará al paciente para tener en mente el tipo de movilización, preguntando al cirujano si es de su preferencia, ya que cada uno puede tener ciertas peculiaridades en cuanto a esta cuestión.

5/ Estar pendiente de que no se desconecten y estén a la vista los elementos que lleve el paciente como pueden ser las sondas, vías, bombas de medicación, sondajes, etc.

6/ La movilización del paciente se hará sin prisas, sin brusquedad, de forma lenta para evitar lesiones, y nunca realizarlas por iniciativa propia sin consultar al cirujano o anestesta.

7/ Sujetar las extremidades para que no se produzcan movimientos indeseados que puedan interferir en el proceso operatorio.

8/ Llevar a mortuorio aquellas personas fallecidas durante alguna intervención, al igual que todos los miembros del cuerpo que sean amputados.

9/ El celador de blanco, será el encargado de llevar la documentación y las analíticas que se realicen durante operación a anatomía patológica o laboratorio, llevar el material utilizado a esterilizar o recogerlo una vez esterilizado, así como de recoger del banco de sangre las plaquetas y las bolsas de sangre necesarias para las transfusiones.

10/ Ayudar a los médicos, anestestas, cirujanos y al personal de enfermería en todas las tareas propias del celador destinado en este servicio de quirófano.

11/ En caso de urgencia o cuando no esté el peluquero, el celador rasurará a los pacientes hombres que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente.

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es una zona muy especial y particular por las normas que en ella se mantienen, ya que aparte de la complejidad de sus dispositivos y aparatos, debe de encontrarse con medidas exhaustivas de limpieza, desinfección y esterilización del material utilizado, para evitar la propagación de gérmenes o infecciones. El equipo que trabaja en este servicio cuenta con una gran profesionalidad, y el celador también debe de serlo, puesto que aunque no sea sanitario, la función encomendada de auxiliar y realizar las movilizaciones adecuadas al paciente que se encuentra en la mesa de operaciones, junto con otras más, no hay que restarle importancia.

El celador será la primera persona que trata con el paciente antes de su intervención quirúrgica, siendo el que lo posicionará según el tipo de operación y exigencias del cirujano, y el que lo trasladará al acabar la misma a una zona en la que se despertarán llamada vulgarmente “despertar”, o a UCI o REA.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave: movilización del paciente quirúrgico, celador, quirófano y celador.
2. <http://celadoresonlins.blo-Organizacion>.
3. Revista medica.com (funciones del celador en quirófano).
4. Temario de celadores del SESCOAM. Centro de estudios Adams. 2007

Capítulo 506

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL Y SU LABOR ANTE EL PACIENTE PSQUIÁTRICO

IVAN CARRION PEREZ

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

En la actualidad sabemos del auge de los trastornos mentales y los problemas psicológicos y psiquiátricos de la población, tema muy importante a tratar y abordar por los dirigentes estatales y autonómicos, pero que a veces no suele estar a la altura en cuanto a la disposición de medios económicos y humanos para ser tratada y asistida de la forma más satisfactoria y adecuada posible, hay mucho que abordar y población a la que no se llega. La salud mental es una rama de la psiquiatría que nace gracias a la consideración que se le hace con la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, momento hasta el cual, era un tema poco abordado ni entendido.

Gracias a esta Ley, se empiezan a aplicar medidas encaminadas a la reinserción y rehabilitación del paciente mental. Ya la OMS en 1948 definió la salud no solamente como la inexistencia de enfermedad, sino como un estado en el que la

persona se encuentra completo en cuanto a su bienestar social, físico y mental. Aunque hay que diferenciar la salud mental de los trastornos que pueda sufrir un paciente en ciertos aspectos, como pueden ser:

1/ Trastornos anímicos: también llamados afectivos, como por ejemplo el trastorno bipolar o el depresivo.

2/ Trastornos de ansiedad: caracterizada porque dicha ansiedad produce una angustia o grave deterioro funcional de la persona, como puede ser: fobias, ataques de pánico, estrés postraumático, de ansiedad generalizada o trastorno obsesivo-compulsivo.

3/ Trastornos psicóticos: en los que el paciente sufre de alucinaciones o paranoias, esquizofrenias, apartándose de la realidad del mundo que le rodea.

4/ Trastornos alimentarios: como puede ser que la persona cometa atracones de comida, que tenga bulimia o anorexia.

5/ Trastornos de personalidad: como puede ser el trastorno límite de personalidad, psicopatías o sociopatías.

En este servicio, el Celador debe de tener una actitud y aptitud específica, ya que se encuentra ante un tipo de pacientes, que en ciertos momentos pueden presentar ciertas conductas agresivas, por lo que deberá de estar alerta y mostrar siempre un tono de autoridad para que el paciente vea que tiene que ser respetado, así como mostrar un carácter resolutivo y conciliador.

2 Objetivos

- Explicar la labor que desarrolla el celador en la unidad o psiquiátrica, así como la importancia de un carácter conciliador y resolutivo ante diferentes conductas agresivas por parte de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, sobre las funciones del celador en la unidad de Psiquiatría. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las enfermedades mentales repercuten a nivel emocional y físico, por lo que necesitan de tratamientos farmacológicos, pero también terapia. El Celador contará con que el paciente puede estar bajo los efectos de la medicación a la hora de observar ciertas conductas. El celador se encargará de las siguientes funciones

1. Estará pendiente de todos las vías de entrada y salida, para que no pasen personas que no estén autorizadas o que pasen con objetos punzantes o peligrosos. La zona estará acotada, pudiendo pasear los pacientes con ayuda del celador, o en los casos que estén mejor, podrán hacerlo solos.
2. Vigilará que las instalaciones permanecen limpias, en perfecto orden, sin ruidos ni escándalos que puedan perjudicar a los pacientes.
3. Observarán que los pacientes no hagan un uso indebido del mobiliario, así como de su imagen, comportamiento o vestimenta.
4. Trasladar aparatos, dispositivos o mobiliario a los lugares donde hagan falta, así como transmitir peticiones o comunicaciones orales que le hayan formulado sus superiores.
5. Recoger del almacén de Farmacia la medicación.
6. Colaborar con el resto del personal, en todo lo que necesiten, ayudando en el aseo o incluso obligándoles a hacerlo si no quieren, ayudarlos a vestirse o desvestirse.
7. Puede ser que algún paciente presente signos violentos o agresivos, debido a su estado de nerviosismo, o por la medicación, en esos casos habría que intentar calmarlo, y si no resultase, habría que proceder a reducirlo, mediante sujeciones mecánicas. Estas deberán de establecerse por el médico, y serán puestas con la ayuda del celador.
8. Vigilar el consumo de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
9. Trasladar a los pacientes a las Unidades y Consultas para la realización de pruebas necesarias, devolviéndolo a la unidad mental una vez finalizada.
10. Algo muy importante es el secreto profesional y la confidencialidad, por lo tanto, no expresarán su punto de vista con los familiares o visitas sobre diagnósticos, y menos aún sobre los pronósticos de la enfermedad.

Desde luego, como vemos estamos ante un tipo especial de pacientes, por lo que el celador deberá ser una persona eficaz, con fluidez resolutive, que se haga respetar, pero con cierta cercanía y familiaridad para que el paciente pueda confiar en que solamente está haciendo su trabajo y eso incluye velar por crear un buen

ambiente mientras que dure su estancia en estas unidades, con el fin de que se mejore lo antes posible. Para ello hay un equipo de profesionales que interactuarán en sus cometidos y colaborarán entre sí para ofrecer una excelente asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Hemos comprobado que el celador en la unidad de salud mental, ejerce unas tareas generales de su categoría, como si estuviera en cualquier otra unidad, pero con ciertas peculiaridades debido al tipo de pacientes que en ella se encuentran, ya que sobre todo lo que debe primar es la vigilancia y el control de los pacientes y sus comportamientos, puesto que suelen presentar estados de ánimo aleatorios, con bajones, a veces sin ganas de asearse o comer, y otras veces con conductas agresivas que ponen en alerta a todos los profesionales que en ella se encuentran. En este caso se le pautará medicación para que se tranquilice, pudiendo aplicar contenciones en las que el celador tendrá que colaborar a ponerlas.

El carácter del celador, debe de ser amigable, pero firme, aceptando las características de este tipo de pacientes y su comportamiento volátil, informando a su superior de cualquier altercado que pueda surgir, desperfecto en el mobiliario, ayudando al equipo facultativo y de enfermería en las necesidades que surjan, etc.

6 Bibliografía

- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- Búsqueda en Google con palabras clave: paciente psiquiátrico, celador, salud mental.
- <http://celadoresonline.blogspot.com>
- Manual del Celador, Editorial Mad.
- Las funciones del celador en el área de salud mental hospitalaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 507

EL CELADOR Y EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

IVAN CARRION PEREZ

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

La cirugía menor ambulatoria, conocida también con las siglas CMA, es un modelo de organización del sistema sanitario a nivel quirúrgico que permite atender al paciente de forma eficaz, rápida y por supuesto segura, sin necesidad de ocupar una cama de hospital, sin ser ingresado por lo que podrá recuperarse en la comodidad de su hogar, siguiendo las pautas que le indiquen el equipo médico y facultativo. Será dado de alta el mismo día de la intervención. Aunque no todos los pacientes pueden someterse a estos procedimientos, debe haber una evaluación y selección por parte del equipo médico según el cuadro clínico que presente el paciente.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en 1992 encargó la realización de una guía de la Cirugía Menor Ambulatoria, que sería publicada un año más tarde, la

cual repercutió en gran medida en la contribución del crecimiento y difusión de esta modalidad de atención dentro del Sistema Nacional de Salud Español.

Se estima en la actualidad que entre el 70%-80% de las intervenciones realizadas son bajo este modelo. Además, supone un resto para la gestión sanitaria nacional y también para el equipo profesional que los atiende, ya que se trata de minimizar costes, pero también complicaciones al paciente, sin olvidar nunca que constituye un acto quirúrgico igualmente. Normalmente, se ubica cerca del quirófano del hospital, y cuenta con una sala para las intervenciones que vulgarmente se llama quirofanillo, sillones y camas, además de todo el instrumental y los equipos tecnológicos más avanzados.

Dentro del equipo que trabajan en esta unidad, nos encontramos con los cirujanos, anestelistas, personal de enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, y por supuesto de celadores, los cuales ayudarán al paciente y a todo el equipo en lo que se les requiera.

2 Objetivos

- Exponer la forma de trabajar del Celador destinado en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, y las funciones principales que desarrolla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a las funciones del celador en la unidad de cirugía mayor ambulatoria, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En esta Unidad, se emplean técnicas quirúrgicas mínimamente agresivas, además de poner las dosis de anestesia que menos efectos secundarios puedan provocar, para que así el paciente pueda despertar y recuperarse más fácilmente, siendo atendido en todo momento por el equipo de enfermería que le proporcionará los cuidados postoperatorios adecuados y pueda regresar al hogar de forma rápida y sobre satisfactoria. Además, tendrán un protocolo de prevención de enfer-

medades nosocomiales, adaptado a sus características y actividades que en esta unidad se realizan, de manera que dé seguridad al paciente y se identifique y trate a los pacientes en riesgo.

Además, el paciente se le dará información detallada sobre:

- 1/ La intervención que se practicará y la medicación que debe tomar tras la misma, así como las distintas citas de revisión a las que debe acudir.
- 2/ Deberá firmar el documento llamado consentimiento informado.
- 3/ Las instrucciones para la noche anterior a la intervención, así como para los días posteriores a la operación.
- 4/ Las instrucciones de los posibles efectos que puedan aparecer una vez hallado en el hogar o en el centro alternativo, con los medicamentos a tomar en esos casos, o indicando que acuda a su centro médico o a urgencias hospitalarias.

El celador que trabaja y presta sus funciones dentro de una unidad de CMA realizará las siguientes funciones:

- 1/ No podrá salir de la estancia a trabajar en otras unidades, ya que será necesario para atender a los pacientes que van a ser operados o que ya han pasado por la intervención. Si tuviera que salir, lo dejará dicho al personal superior jerárquico, llevando siempre el busca operativo.
- 2/ El celador llevará al paciente que será operado a la sala, colocándole en la cama o sillón.
- 3/ Si fuera necesario realizar alguna prueba complementaria, el celador lo llevará, devolviéndolo después al lugar de espera para la intervención.
- 4/ Revisar todos los aparatos, sondas, drenajes o vías para que no se desconecten a la hora de realizar las movilizaciones.
- 5/ Trasladar los diferentes aparatos o mobiliario, que les sean solicitados, así como comunicaciones verbales confiadas, o correspondencia.
- 6/ Una vez que la intervención ha acabado, y se ha despertado el paciente, el celador lo llevará a la puerta principal del hospital, vigilando que lleva todas sus pertenencias y toda la documentación que se le ha dado. Lo llevará en silla de ruedas o acompañándolo caminando, según como se encuentre el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía menor ambulatoria, supone un procedimiento eficaz, rápido y resolutivo a la hora de realizar intervenciones a los pacientes, que por su cuadro clínico sean elegidos por el equipo médico, ya que se debe tener en cuenta el estado clínico del paciente, y que no existirá ingreso hospitalario. Supone la realización

de técnicas mínimamente invasivas y con suministro de anestesia más reducidos para que el paciente tenga menos inconvenientes a la hora de despertar y recuperarse que como si fuera una intervención quirúrgica convencional.

El celador acompaña al paciente desde su llegada a esta unidad, hasta que se le ha dado el alta en el mismo día, pasándolo a las salas para que sea intervenido, acompañándolo a la realización de pruebas complementarias, ayudando en las movilizaciones necesarias, apoyando al equipo de profesionales que integran esta unidad, etc.

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss. El celador.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : celador, cirugía menor ambulatoria, intervención sin ingreso.
3. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Disponible en <https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicossancarlos>
- 4.<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf#:text=Desde%20la%20publicaci%C3%B3n,del%20sistema%20sanitario>

Capítulo 508

EL PINCHE DE COCINA Y EL ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

1 Introducción

El etiquetado de los alimentos tiene la función de conocer el producto que vamos a comprar o consumir, pudiendo obtener información sobre su origen, ingredientes, información nutricional, fechas de caducidad, etc.

La declaración nutricional indica el beneficio nutricional de un alimento, es decir, las KCal o energía que aporta al organismo y el contenido o ausencia de determinados nutrientes o sustancias.

El etiquetado nutricional es por tanto toda esta información en relación al aporte de energía y nutrientes.

Si bien la lista de ingredientes es obligatoria, el etiquetado nutricional solo es obligatorio si contiene información nutricional o de salud.

Límite de 20,000 caracteres.

Aunque cada vez se va introduciendo un mayor número de artículos y con una información más amplia, ya que el consumidor actual así lo requiere.

El etiquetado nutricional consta de dos partes: la declaración de nutrientes y la información nutricional complementaria.

El etiquetado está regulado por normas legales, siendo la más importante el código alimentario.

En nuestro país, el RD 1334/1999, de 13 de junio, regula las reglas generales que debe cumplir el etiquetado, que se resumen a continuación:

- El etiquetado no debe inducir a engaños.
- No puede atribuir al producto cualidades o efectos que no tiene, ni tampoco cualidades terapéuticas.
- No puede incluir información que pueda suscitar miedo o dudas de otros productos en el consumidor.
- No debe inducir a que el producto tiene cualidades especiales o únicas cuando estas son similares a productos de su misma categoría.

2 Objetivos

Conocer como pinches de cocina en sanidad en qué consiste el etiquetado de los alimentos, como parte básica de nuestra formación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. También se realizó una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos.

4 Resultados

El codex alimentario fue establecido por la organización de las Naciones Unidas y la organización mundial de la salud para proteger la salud de los consumidores y garantizar la legalidad en el sector alimentario.

Existen dos modelos válidos de declaración de nutrientes legislados: el modelo básico, que incluye el valor energético del alimento y la cantidad de proteínas, carbohidratos y grasas que contiene, y el modelo detallado, que incluye la cantidad de azúcares, ácidos grasos saturados, fibra y sodio.

El modelo detallado es obligatorio cuando la etiqueta incluye un nutriente que no está en el modelo básico.

La información relacionada con los nutrientes de los alimentos se encuentra generalmente en formato de tabla en el envase o también en formato lineal.

Los nutrientes se especifican numéricamente, cumpliendo un orden y unidades establecidas.

Esta información nutricional normalmente se especifica haciendo referencia a su contenido por 100 g o 100 ml de producto, siendo opcional especificar su porcentaje o cantidad por ración.

Muchos alimentos se promocionan destacando sus propiedades beneficiosas para la salud a través de estas etiquetas o anuncios en los medios.

Esto puede presentar confusión en el consumidor a la hora de diferenciar términos o identificar el contenido energético de los productos.

En los últimos años la nueva normativa comunitaria, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) han intentado mejorar los mensajes nutricionales poco claros en el etiquetado que confundían a la población, todo esto ha avanzado y mejorado gracias a la nueva normativa comunitaria que intenta poner en mensajes nutricionales y saludables en orden.

En ello también ha influido la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) que contempla en nuestro país todas las declaraciones nutricionales y saludables autorizadas.

Como pinches de cocina nos ocupamos cada día de los alimentos y conocer su etiquetado es fundamental, ya que las comidas y dietas que elaboramos están dirigidas a pacientes con diversas patologías, y debemos conocer muchos de los datos que aparecen en la etiqueta.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión hemos visto los modelos de etiquetado de alimentos, el modelo básico y el modelo detallado, que debe aparecer en el envase de los alimentos. Hemos visto qué información debe tener en cada caso y como debe figurar en cada envase.

Es fundamental que conozcamos esta información, ya que como pinches de cocina, somos los encargados de preparar los alimentos en el servicio de cocina, y debemos saber detectar alimentos defectuosos o productos que supongan un riesgo para la población, así como identificar la composición de alimentos o los nutrientes que cada alimento aporta a la dieta elaborada.

6 Bibliografía

1. <https://www.ocu.org/alimentacion/alimentos/informe/el-etiquetadonutricional-de-losalimentos391924>.
2. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/etiquetado-obligatorioalimentos>.

Capítulo 509

ACTUACIONES DEL CELADOR DE PUERTA PRINCIPAL EN EL HOSPITAL GENERAL

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

1 Introducción

Cuando una persona acude al centro hospitalario puede ocurrir que nunca antes lo haya hecho, bien porque sea de otra localidad, haya cambiado de personal médico, precise de la intervención quirúrgica en determinados centros o siempre ha acudido a las urgencias hospitalarias y nunca ha entrado por la puerta principal.

Para ello, existe una figura representativa, el celador de puerta principal, que se encuentra disponible en todo momento en la misma y cuyas funciones, que generalmente son asistenciales y de colaboración, son determinantes y vitales para la atención a todo este tipo de pacientes que han sido nombrados anteriormente. De este modo, el celador de puerta debe ser una persona organizativa y resolutive, donde debe conocer todas las dependencias, ubicaciones, servicios, áreas, puesto que cualquier paciente o acompañante puede demandar dicha información.

En este sentido, a lo largo del presente trabajo se van a conocer y desarrollar las funciones, actuaciones y objetivos que cumplen los celadores de puerta principal en el centro hospitalario.

En el centro hospitalario, la figura del celador es de vital importancia, que, a pesar de no formar parte del personal sanitario, cumple con numerosas funciones determinantes tanto para el paciente como para el resto de profesional sanitario.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en la puerta principal del centro hospitalario.

- Desarrollar las actuaciones que cumplen los celadores de la puerta principal en el hospital.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros; y además, teniendo en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las tareas y actuaciones de los celadores de puerta principal en el centro hospitalario.

Los celadores de puerta principal son las primeras personas que mantienen un contacto estrecho y continuado con el paciente que ingresa en el centro hospitalario. En este sentido, los pacientes que acuden pueden desconocer por completo las instalaciones del mismo y es aquí, donde el celador, toma gran protagonismo. Cuando el paciente acude al hospital por la puerta principal, se encuentra en primer lugar con el celador de la puerta. Los pacientes deben registrarse en la máquina, que les va a derivar a su consulta específica por la que ha venido. El celador de puerta se encarga de pasar el volante o la tarjeta sanitaria de los pacientes por el lector. A continuación, les entrega el papelito con el número que se les asigna y la planta donde se encuentra.

De este modo, el celador les indica a los pacientes donde se ubica dicho despacho, servicio o área. Si los pacientes desconocen por completo donde se encuentra o si lo precisan, el celador de la puerta los acompaña hasta dicho servicio.

Por otro lado, otra de las funciones de los celadores de puerta es el reparto de la correspondencia, así como la recogida de los mismos, es decir, el celador de puerta debe recoger toda carta e información que va a ser destinada al personal de reparto de correos. Del mismo modo, las cartas certificadas y paquetes que llegan a la puerta principal son recogidos por el celador de puerta principal que, posteriormente, entrega a todos los despachos y departamentos.

También se encargan de velar la seguridad y control, evitando aglomeraciones y ruidos excesivos que perturben el espacio personal de los pacientes y acompañantes que se encuentren en las instalaciones.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, se destaca la enorme labor que desempeñan los celadores en el centro hospitalario y, sobre todo, destacar las funciones y el protagonismo del celador de la puerta principal, ya que, sin el desarrollo de sus conocimientos, todo aquel paciente que acude al centro hospitalario estaría perdido.

Por ello, la figura del celador de puerta principal en el hospital es uno de los principales eslabones, ya que, gracias al cumplimiento de sus funciones, permite a todo paciente establecer un orden y organización, siendo además un gran apoyo y pilar en la colaboración para el funcionamiento interno de las dependencias y servicios que se encuentran en el centro.

6 Bibliografía

1. La función de los celadores en la puerta principal. Disponible en: <https://congresosicepa.com>
2. Tipos de Celadores y sus Funciones. Disponible en: <https://enfermeria.top.com>

Capítulo 510

ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DE OJOS

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

1 Introducción

Los pacientes con enfermedades y problema en la visión, ya sea en cualquier parte del ojo, como puede ser la retina, son derivados a las consultas de oftalmología. Una vez que terminan el proceso de atención en las consultas, si lo precisan, son derivados a la realización e intervención quirúrgica en el quirófano de ojos, también denominado avastines.

En los avastines, los pacientes acuden con regularidad en función a sus respectivas citas, que son programadas por el auxiliar de administración en colaboración con el personal médico y sanitario de las consultas de oftalmología y, teniendo en cuenta un protocolo y un seguimiento, denominados ciclos, que es realizado por el personal sanitario

En el quirófano de ojos se encuentra el personal sanitario, el auxiliar de administración y la figura del celador, cuyo papel es determinante, ya que cumple una

serie de funciones esenciales para el desarrollo fluido del trabajo diario en este servicio.

En este sentido, a lo largo de este trabajo se van a conocer y desarrollar las funciones, objetivos y actuaciones que desempeñan los celadores en el quirófano de ojo, tanto en la intervención y preparación previa de los pacientes, como las labores asistenciales que cumplen ante las indicaciones del personal sanitario.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el quirófano de ojos.
- Desarrollar el protocolo de actuación de los celadores en el quirófano de ojos.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros; y además, teniendo en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

En el siguiente apartado, se van a exponer las funciones, actuaciones y el protocolo a seguir desde que llega el paciente hasta que sale del servicio de quirófano de ojos.

Cuando el paciente tiene su consulta programada y acude al quirófano de ojos, debe esperar en la sala destinada para ello a que el celador de los avastines le nombre.

En este sentido, el celador dispone de una lista con todos los pacientes que van a acudir al quirófano de ojos durante el día. Así, cada paciente está citado a una hora en concreto, aunque pueden acudir a la hora que deseen. Por tanto, el celador coge su hoja con los datos de los pacientes y los va nombrando. A su vez, si estos se encuentran en la sala de espera, los pasa dentro de los avastines y comienza un pequeño protocolo a seguir con cada uno de ellos.

En primer lugar, facilita a cada paciente gel hidroalcohólico para la desinfección de manos. Posteriormente, le pone a cada uno de ellos una bata desechable, un gorro y unas calzas, ya que van a pasar al pequeño quirófano. Finalmente, cuando

el paciente termina de su pequeña operación, el celador les quita el traje y les proporciona las gotas o medicación que el personal médico les haya recetado. Por otro lado, el celador del quirófano de ojos también es el encargado de recoger, a diario y a primera hora, la medicación que va a ser expuesta y tratada sobre los pacientes. Por ello, debe acudir al servicio de farmacia para recoger dichos medicamentos.

Entre otras funciones que cumplen los celadores de los avastines, se encuentra la colocación y dispensación de materiales que son trabajados en el quirófano, como es el caso de los colirios, batas, guantes, entre otros muchos elementos.

5 Discusión-Conclusión

Con los resultados expuestos, se destaca la enorme relevancia de los celadores en el centro hospitalario y, en concreto, en el servicio de quirófano de ojos, ya que el celador es la principal persona en mantener el primer contacto con el paciente que acude a dicho quirófano.

Por otro lado, gracias al papel de los celadores en los avastines y al desempeño de sus funciones, se permite dar un servicio fluido y rápido, puesto que el desarrollo de sus tareas y labores recaen directamente en la fluidez del servicio.

En definitiva, gracias a la intervención de los celadores en el quirófano de ojos se ofrece una sanidad de calidad adaptada a cada paciente.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en los avastines del centro hospitalario. Disponible en: <https://euroinnova.edu.es>
2. Actuaciones del celador del quirófano de ojos. Disponible en: <https://essaeformacion.com>

Capítulo 511

ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE GERIATRÍA

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

1 Introducción

En el centro hospitalario se encuentra ubicada una planta de hospitalización dedicada a pacientes enfermos que presentan unas características comunes y peculiares. Dicha planta se denomina geriatría.

Los pacientes de la planta de geriatría normalmente tienen asociadas dificultades y problemas físicos, derivados de la edad, que presentan problemas funciones y psicológicas, así como la imposibilidad de movilidad o problemas mentales, cuyo tratamiento debe ser llevado a cabo con sumo cuidado, evitando cualquier posible altercado tanto con el resto de pacientes como con el personal sanitario y no sanitario.

Por ello, es necesario atenderlas a través de un equipo sanitario y, sobre todo, por parte de la figura del celador, quien se va a encargar de realizar numerosas tareas tanto en la atención individual de estos pacientes, como en el desarrollo de tareas y actividades dentro de la planta.

De este modo, en el presente trabajo se va a desarrollar las funciones y tareas que llevan a cabo los celadores en la planta de geriatría, así como la actuación del celador en relación con los pacientes que se encuentran dentro de la misma, atendiendo en todo momento a la diversidad de patologías que presenten los mismos, ofreciendo una sanidad de calidad para cada uno de ellos.

2 Objetivos

- Desarrollar las tareas que lleva a cabo el celador en la planta de geriatría.
- Conocer las funciones y actuaciones del celador ante la atención del paciente geriátrico.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros; y, además, teniendo en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se expresan las tareas y funciones llevadas a cabo por los celadores en la planta de geriatría.

En la planta de geriatría los pacientes enfermos en su mayoría se encuentran encamados, puesto que las circunstancias y características individuales de cada paciente hace que se encuentren en esta situación.

De este modo, estos pacientes son aseados a diario, ya que carecen de autonomía para asearse por ellos mismos. Así, el equipo de auxiliar de enfermería y el celador llevan a cabo dichas labores. El celador toma gran protagonismo en estos casos, puesto que es quien se encarga de realizar continuos desplazamientos y cambios posturales de los pacientes, facilitando en todo momento el trabajo de las auxiliares. Para ello, en ocasiones, es necesario hacer uso de la grúa, dado que los pacientes pueden no prestar ayuda y colaboración en la realización de las maniobras.

Por otro lado, los pacientes en esta planta precisan de la realización de pruebas. Así, el celador de la planta es quien lleva a cabo dichas actuaciones, trasladando

al paciente en su cama hasta las áreas y servicios donde se les vaya a realizar las pruebas oportunas.

Dentro de la planta, el personal sanitario realiza determinadas muestras a los pacientes: sangre, orina, heces, PCR, entre otras, que deben ser llevadas al laboratorio para su análisis. Así, el celador se encarga de llevar dichas muestras al laboratorio.

Los celadores de geriatría deben utilizar un vocabulario cordial y de respeto. Además, deben ser pacientes con el tipo de enfermos con los que trata, dado la posible incapacidad psíquica que pueden presentar, como por ejemplo el Alzheimer. Así, los celadores evitan exaltaciones y hablar con autoridad, creando un clima de conversación agradable.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se afirma la enorme importancia que presentan los celadores en el centro hospitalario y, sobre todo, en la planta de geriatría, dada las tareas que desarrollar internamente.

Puesto que el tipo de pacientes que se encuentran en esta planta son de avanzada edad, y tanto su movilidad como la atención a niveles cognitivos es delicada, se precisa de un trato cordial y respetuoso, donde la figura del celador es la más representativa.

Por ello, gracias a la participación del celador y al desempeño de sus funciones, se logra un correcto funcionamiento interno en el servicio, sirviendo de apoyo y colaboración para el resto de personal sanitario que se encuentra trabajando en ella.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la planta de hospitalización. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigación.com>
2. La atención a pacientes geriátricos. El celador y el paciente en geriatría. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 512

LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

1 Introducción

El archivo, la unidad o departamento de archivo hospitalario, tiene como misión guardar, controlar, custodiar y conservar, todos los documentos y expedientes clínicos y otra documentación de la asistencia sanitaria de todos los pacientes. Cada hospital será el responsable de estas historias clínicas de los pacientes adheridos al área de su influencia.

La historia clínica de los pacientes tiene que ser guarda por su interés sanitario, científico, histórico o cultural que tienen, y deben ser guardadas permanentemente, por un mínimo de veinte años, transcurridos desde el último acceso a la misma. En el centro hospitalario, la historia clínica debe guardarse un mínimo de cinco años, para pasar al archivo central, donde permanecerá un mínimo de quince años.

El acceso a las historias clínicas de los pacientes podrá autorizarse solamente al propio paciente por su interés en algún asunto; el propio centro hospitalario por razones epidemiológicas o sanitarias; o a la autoridad judicial por razones de interés en asunto judicial.

Las historias clínicas en formato papel se compone de un sobre tamaño din A1, que conserva en su portada los datos de filiación del paciente, los informes de las consultas y exploraciones diagnósticas, las citas de los médicos, resultados de pruebas diagnósticas, tratamiento, seguimiento, etc.

En el archivo del centro hospitalario realizan su labor los auxiliares administrativos, sobre los que tratará este trabajo.

2 Objetivos

-Explicar la labor que realiza el auxiliar administrativo en el archivo de historias clínicas del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El archivo del centro hospitalario realiza una labor doblemente con las historias clínicas de los pacientes. El equipo profesional se compone exclusivamente de auxiliares administrativos y celadores. Los auxiliares administrativos en su labor diaria, se reparten, esa labor doble. Por un lado, un grupo de auxiliares administrativos se encargan de la digitalización de todas las historias clínicas de los pacientes del centro, labor que por su complejidad, permanecerá muchos años activa.

Otro grupo de auxiliares administrativos son los encargados de preparar las historias clínicas demandas de las distintas unidades hospitalarias, pruebas diagnósticas y consultas que las necesitan en su programación diaria en la atención de

los pacientes. En esta labor, el auxiliar administrativo, busca las historias clínicas para que se necesiten en el día de la programación, y es el celador, quien las distribuye por las distintas áreas y servicios.

En la jornada del auxiliar administrativo en esta sección del archivo, siempre está buscando y localizando las historias que se solicitan desde los distintos servicios hospitalarios, son las llamadas historias clínicas urgentes, es decir, que no son pacientes programados, sino que el empeoramiento en su enfermedad hace necesario ver su historial clínico.

Las historias clínicas enviadas a los distintos servicios del hospital durante la jornada programada, son devueltas al archivo, una vez finalizada la hora de las consultas o de las pruebas, es decir, por la tarde, el celador de archivo las devuelve al mismo, y es el auxiliar administrativo quien tiene la labor de la colocación en su respectivo y correcto sitio y ubicación del archivo.

Otras veces, hay historias clínicas que se extravían en el ir y devenir por el centro sanitario, y es el auxiliar administrativo, vía informática y repasando los préstamos de la misma, el encargado de localizar la historia, que se encuentra en algún servicio hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo, a pesar, de no estar en contacto con los pacientes, también presenta cierto riesgo de contagio, ya que manipula todos los documentos que de alguna manera han estado anteriormente por la planta, por la unidad del paciente, por las salas de pruebas, etc..., por lo que en el manejo de cualquier impreso, el auxiliar administrativo debe usar guantes de protección. El auxiliar administrativo ejerce una labor muy importante dentro del archivo del centro hospitalario, pues es el encargado de ir introduciendo en las historias clínicas de cada paciente, todo documento que surja en la atención sanitaria del mismo, ya sea el proceso asistencial que sea, consultas, urgencias hospitalarias, pruebas diagnósticas, etc.

6 Bibliografía

1. Funciones de un auxiliar de archivo. Disponible en: <https://www.euroinnova.edu.es>
2. El auxiliar administrativo ante el archivo de un centro hospitalario. Disponible en: <https://revistamedica.com>

3. Los archivos y su tratamiento por el auxiliar administrativo. Disponible en:
<https://congresosicepa.com>

Capítulo 513

LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

1 Introducción

El estado de bienestar y salud de las personas no solo abarca el buen estado físico de las mismas, sino, que además, contempla el estado emocional y psíquico de las mismas. La salud mental es una de las enfermedades más comunes y abundantes en la actualidad.

Una de cada cuatro personas tiene alguna enfermedad mental, sobresaliendo la depresión y la ansiedad, las más comunes, afectando en más del doble a las mujeres que a los hombres. Se estima que en España más de medio millón de personas tienen problemas mentales, siendo más afectada la población femenina.

También afectan los desórdenes mentales a la población joven, ya que, uno de cada diez jóvenes de entre quince y dieciséis años tiene alguna enfermedad como la depresión o la ansiedad, abarcando, el abanico hasta los veinte años de edad.

Toda esta población es atendida en la unidad de salud mental del centro hospitalario, que ofrece la atención a pacientes adultos y a los jóvenes. La salud mental infanto juvenil de la unidad atiende a un gran número de pacientes diariamente. En esta unidad se encuentran los psicólogos, psiquiatras, enfermeras, TCAE y auxiliares administrativos. En este capítulo se verán las funciones que desarrollan estos últimos.

2 Objetivos

-Dar a conocer las funciones que el auxiliar administrativo realiza en la unidad de salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La unidad de salud mental del centro hospitalario se estructura en las consultas de los psicólogos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales. En esta estructura se encuentran los despachos de los mismos especialistas, donde el auxiliar administrativo realiza su trabajo en turno de mañana y de tarde. En el turno de mañana se pasan las consultas, separadas, las de adultos, y las consultas de infanto juvenil, donde los más jóvenes, son atendidos.

El auxiliar administrativo gestiona toda la documentación generada en las citas, como volantes para revisiones o volantes de nueva consulta. El trato con los pacientes es directo, por lo que, el auxiliar administrativo atiende a un grupo de pacientes especiales.

En el turno de tarde, el auxiliar administrativo no tiene contacto alguno con los pacientes, su función se basa en el listado de las citas programadas, para ir llamando a los pacientes, para recordatorio de la fecha de la cita, y del ruego de su asistencia, en el caso, que algún paciente, decide no acudir a la cita, el auxiliar

administrativo lo pondrá en conocimiento del especialista encargado el mismo, al instante, que propondrá las medidas oportunas.

El auxiliar administrativo pasa todos los datos recabados en las consultas, así como la prescripción de medicación tomada, en las carpetas de cada paciente. Este programa de archivos en Excel, tiene que tenerlo el auxiliar administrativo siempre actualizado, pues por el tipo de pacientes, toda la información de los mismos, debe ser a tiempo real y actualizada.

Los archivos informáticos son el complemento de las carpetas individuales físicas que el auxiliar administrativo abre a cada paciente en material físico, ya que diariamente, las manda al servicio de archivos todos los documentos generados diariamente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo en la unidad de salud mental es delicado, tiene que saber solventar situaciones con los pacientes de la misma con precaución y cautela. Por ello, el auxiliar administrativo debe estar en posesión de las herramientas y habilidades sociales oportunas para no llevar una situación normal a un conflicto.

En su turno, el auxiliar de enfermería, tiene que llamar en muchas ocasiones al servicio de seguridad, porque los pacientes, sobre todo, los de nueva consulta, no tienen ajustados sus niveles de medicación.

El auxiliar administrativo en la unidad maneja datos muy sensibles que tiene que custodiar y guardar el secreto profesional.

Es importante el conocimiento por parte del auxiliar administrativo de todas las funciones que desempeña en salud mental y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. La función del auxiliar administrativo en el ámbito de salud mental. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Administración en salud mental. Disponible en: <https://iris.paho.org>
3. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 514

LABORES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL CENTRO HOSPITALARIO

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

1 Introducción

La estructura organizativa de un centro hospitalario está formado por un equipo de órganos unipersonales, quienes dirigen y gestionan el mismo. Entre este equipo destacan el director gerente, que es el máximo representante del centro, el director de gestión y servicios generales, que tiene como misión tratar todos los temas y cuestiones relacionadas con los recursos humanos del centro hospitalario del personal subalterno y de gestión; el director médico, que se encarga de todo lo concerniente al tema de facultativos; el director de enfermería, que se encarga de todo lo relacionado con el personal sanitario, enfermeras y Tcaes.

Además de todas estas direcciones, existen otras subdirecciones, que van anexas a estos cargos directivos, el subdirector de enfermería, el subdirector médico, la subdirección de recursos humanos del personal subalterno y de gestión de servicios generales, tantas, como necesidades de recursos humanos tenga el centro.

En todas las direcciones existe la secretaría de dicha dirección. Al frente de cada secretaría se encuentra el personal de gestión y servicios generales representado por el auxiliar administrativo.

En este capítulo se va a tratar las funciones que ejerce el mismo en la secretaría de la dirección gerencia, es decir, del gerente, que es el máximo responsable del centro hospitalario.

2 Objetivos

-Desarrollar las funciones que ejerce el auxiliar administrativo en la secretaria de la dirección gerencia del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo de revisión bibliográfica se ha tenido en cuenta numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico técnicas, así como la lectura de diversos epígrafes y capítulos de libros científicos. Además, se ha consultado diversas fuentes bibliográficas y webgráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El auxiliar administrativo destinado en la secretaría de la dirección gerencia tiene una labor exhaustiva y completa. El director gerente del hospital es el máximo responsable del mismo, y esta responsabilidad le obliga a la supervisión de los recursos, tanto humanos, físicos y económicos del centro hospitalario, y ello conlleva que el trabajo del auxiliar administrativo sea dinámico y continuo.

El auxiliar administrativo está situado justamente delante del despacho de la dirección gerencia, del gerente. Atiende todas las llamadas entrantes, pasando, aquellas que, según su criterio, sean susceptibles de pasarlas al despacho. Lo mismo que atiende las llamadas telefónicas, realiza otras tantas, todas las que el gerente ordene de realizar, porque según protocolo de gerencia, en las lla-

madar realizadas, previamente se identifica el auxiliar administrativo para posteriormente pasar la llamada al gerente.

El auxiliar administrativo recibe toda la correspondencia por correo normal o por email, y está obligado a la ordenación de las mismas, así como a la lectura de aquellas que vía email se realicen, informando, al gerente, de aquellas más relevantes.

El gerente es una persona activa que participa en muchas actividades sociales y lúdicas, el auxiliar administrativo, lleva la agenda de las visitas y recuerda aquellas fechas y los lugares de la reunión, invitación, apertura, de cualquier índole.

El auxiliar administrativo como secretario del gerente, recibe, presencialmente, a todos los trabajadores del centro, que deseen poner una instancia, informar de alguna queja, aportar una idea de mejora en el trabajo, y deben hacerlo en documento físico que el auxiliar firma con el sello de la gerencia y entrega fotocopia al trabajador del mismo.

Toda la documentación, así, como la correspondencia susceptible de interés, el auxiliar entrega diariamente al gerente, para su correspondiente visionado, tanto los documentos presenciales, como aquellos que les han sido enviados por registro general del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El puesto destinado en la secretaría de la dirección gerencia es un destino realizado a dedo, es decir, la dirección gerencia, entre los auxiliares administrativos estatutarios con plaza en propiedad, elige quien ocupa este puesto. El auxiliar administrativo en el cargo propuesto desarrolla su labor, siempre bajo secreto profesional, de no publicar los documentos que salen y entran en la dirección agencia, puesto, que muchos de ellos son documentos muy comprometidos con el resto del centro hospitalario.

Es un destino deseado el de la secretaria de la dirección gerencia del hospital, pero generalmente, suele estar elegido por los auxiliares con mayor tiempo de trabajo ejercido en el mismo, por su conocimiento del centro y de su personal.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la gerencia hospitalaria y por qué es importante?. Disponilb en: <https://www.udelistmo.edu.blogs>
2. Funciones de una secretaria de dirección o gerencia. Disponible en: <https://www.turijobs.com.blog>

3. Director del hospital, principales funciones y tareas. Disponible en: <https://blogs.imf-formacion.com>

Capítulo 515

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

JUANI NAHARRO MILLA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

ISABEL MARIA GROMADA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

1 Introducción

Entendemos por psiquiatría, la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales. La psiquiatría trata trastornos de la personalidad y de la conducta.

El enfermo mental se define como alteraciones súbitas del comportamiento, del ánimo, del pensamiento en un individuo sano, pueden darse varias causas orgánicas graves que necesitan tratamiento urgente.

Al atender un paciente mental debemos reunir toda la información posible.

Hay situaciones que necesita restricción física, a veces en contra de su voluntad, es potencialmente violento, suicida o desarrolla enfermedades rápidamente evolutivas que causan alteraciones del comportamiento.

La salud mental se define como un estado de bienestar en la que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede trabajar y es capaz de llevar una vida normal.

En 1986, la ley general de sanidad en España se produce la integración y equiparación del enfermo mental en el sistema sanitario general. Creando servicios de rehabilitación y reinserción social para la atención integral de los problemas del paciente mental, teniendo en especial consideración la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, define como salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Englobando en este la salud mental. La protección de la salud mental se considera un derecho de todos los ciudadanos, incluidos: Derecho a ayudar con cualquier necesidad. derecho a la no discriminación El derecho a vivir una vida normal o recibir apoyo para vivir una vida normal dentro de las limitaciones de la enfermedad. La pérdida de la salud mental no debe asociarse con la pérdida de los derechos civiles.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en el área de salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador en la unidad de psiquiatría ante un paciente agitado o agresivo deberá actuar según las siguientes normas generales:

- Llamar inmediatamente a la enfermera de la unidad.
- Separar al paciente agitado de los demás pacientes.
- Cuidar de que la iluminación de la habitación sea suave.
- Se evitará todo lo posible el exceso de voces y timbres, se hablará en un tono bajo.
- Se mantendrá la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario y no sanitario.

Para afrontar cualquier hostilidad con el paciente hay que intentar:

1. Escuchar
2. Empatizar
3. Preparar la situación
4. Recompensarle
5. Expresar sentimientos
6. Emplear mensajes

Las cuatro primeras actitudes reducen la hostilidad, las dos últimas hacen ver al paciente el daño que puede producir su actitud hostil.

El medico prescribe la sujeción mecánica. La contención debe realizarla todo el personal.

El celador debe colaborar en la sujeción del paciente.

La sujeción mecánica o contención es una medida terapéutica. inmovilización parcial o total del cuerpo de un paciente, se realiza para su seguridad o para la seguridad de los que se encuentren a su lado, familia, pacientes y personal sanitario y no sanitario.

Las medidas de contención se realizan cuando hayan fracasado tanto la verbal como la farmacológica.

Personal que se necesita: 4 o 5 personas ocupándose cada una de ellas de un miembro del paciente, mínimo 4.

Para realizar la retirada de la sujeción, siempre autorizada por el facultativo con la colaboración de 4 personas y se realizara de forma gradual.

El ingreso del paciente agitado no se realizara hasta que no se garantice su seguridad.

Existen dos tipos de ingreso del paciente, teniendo en cuenta el consentimiento del paciente:

1. Voluntario o consentido
2. Involuntario, no consentido o compulsivo

El celador destinado en este área debe estar familiarizado con el tipo de paciente internado en esta unidad.

Existen varios tipos de enfermos mentales, entre otros:

- Esquizofrenia
- Demencia o Alzheimer o Demencia vascular o Demencia con cuerpo de LEWY o Demencia frontotemporal
- Depresión
- Trastorno efectivo bipolar
- Trastorno del desarrollo

5 Discusión-Conclusión

Aunque muchas administraciones públicas puedan estar abandonadas en cuanto a la atención de la salud mental tan necesaria en el siglo XXI actual, hemos constatado la importancia de un trato adecuado, respetuoso y agresivo en el trabajo diario de los celadores de los servicios de psiquiatría que ingresan a los pacientes, recordando que debemos promover la política pública respecto a dichos reclamantes y el papel fundamental que juegan los celadores en estos tramos profesionales.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 516

CELADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

ISABEL MARIA GROMADA

JUANI NAHARRO MILLA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

1 Introducción

El trabajo en equipo es fundamental en los cuidados paliativos, donde los cuidadores son responsables de prestar una atención cómoda a los pacientes, no solo tratando a los ancianos sino también a los enfermos terminales y progresivos. De esta forma, los cuidados paliativos se dirigen no solo al paciente, sino a todos los que le rodean, permitiéndoles un mayor grado de comodidad durante su enfermedad.

Es crucial que los celadores se comuniquen de manera efectiva a través de medios tanto verbales como no verbales, lo que los obliga a utilizar un diálogo comprensible y auténtico. Además, es importante que muestren un lenguaje corporal, como comportamientos y actitudes sutiles hacia los familiares y pacientes.

Al trabajar con una familia, los cuidadores deben prestar atención a sus respuestas a preguntas e inquietudes. Además, debe evitar responder preguntas de pacientes o familiares.

Según la Asociación Española de Cuidados Paliativos, los enfermos terminales son aquellos con enfermedades avanzadas e incurables, que tienen una esperanza de vida inferior a los seis meses.

Las enfermeras de pacientes moribundos siempre deben ser correctas y pacientes. Deben mantener un espíritu de respeto, empatía y colaboración en todo momento. Su atención y actitud debe ser óptima y prudente, en una situación tan vulnerable como la de un enfermo terminal.

Cuando los pacientes se encuentran en estadios avanzados, el objetivo de su atención no es la cura, sino el cuidado físico y psicológico para aprovechar al máximo el tiempo que les queda. En este capítulo, le diré cómo los cuidadores deben manejar a los moribundos y fallecidos.

2 Objetivos

El propósito de este capítulo es explicar las diferentes funciones del celador ante los pacientes moribundos y los cuidados paliativos que se realizan a dichos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del celador en presencia del paciente moribundo es muy importante ya que forma parte del equipo que brinda cuidados paliativos o de confort al paciente y por lo tanto tiene que trabajar muy duro, con cuidado y profesionalmente.

Las actividades del celador deben estar encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente, asegurando un cuidado continuo e individualizado, promoviendo la dignidad del paciente y manteniendo la higiene diaria y permanente del paciente y de la habitación.

Los celadores deben comportarse adecuadamente frente a los miembros de la familia y prestar atención a sus comentarios.

Los celadores deben desarrollar la empatía (la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona y comprender lo que siente o piensa) y atender las necesidades psicológicas de sus pacientes escuchándolos y hablándoles.

Cuando un paciente está en fase terminal, el objetivo de la atención al paciente no es la cura, sino el cuidado físico y mental: alivio de los síntomas, alivio del dolor, apoyo familiar, etc. Esto se llama cuidado de comodidad o cuidado de hospicio.

Los cuidados paliativos son el objetivo final para los enfermos terminales y brindarles una atención cómoda es imperativo.

Para llevar a cabo este tipo de cuidados paliativos debemos:

- Mantener la buena imagen del paciente y promover la dignidad del paciente.
- Ofrecer atención integral, individualizada y continua.
- Ofrecer un ambiente agradable y salud física y mental.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y desarrollar su autonomía.
- Prestar atención psicológica a los familiares.
- Evitar actitudes extremistas hacia el paciente, siendo correctos, respetuosos y comprensivos con el paciente y su familia.
- Escuchar y respetar sus sentimientos, necesidades y creencias.
- La comunicación verbal adecuada es tan importante como la comunicación no verbal.

5 Discusión-Conclusión

Después de este análisis concluimos que el celador es una parte muy importante de la profesión en los últimos días de vida de un paciente moribundo. El confort del paciente al final de la vida debe ser el principal objetivo del celador y para ello debe saber qué etapas atravesará al aceptar la muerte y brindarle una atención eficaz desde la empatía.

La formación específica en cuidados paliativos ayudará al personal de enfermería y a otros miembros del equipo sanitario a prestar una atención profesional adecuada a las familias y a los pacientes con enfermedades terminales.

Como parte de un equipo de personal de enfermería que brinda cuidados paliativos a los pacientes, el personal debe mejorar sus actitudes hacia los pacientes a través de una comunicación verbal y no verbal adecuada.

Los asistentes siempre deben ser sinceros, respetuosos, cooperativos, sensibles con los pacientes y las familias, escuchar a los pacientes, compartir sus sentimientos y respetar sus creencias y necesidades religiosas. Aun así, en el lado positivo, tanto el paciente como su entorno minimizan el dolor, ya que aceptan mejor la situación si el procedimiento es controlado e indoloro.

Necesitamos alentar a los profesionales a adoptar un enfoque positivo en el cuidado de los pacientes moribundos. Esta actitud garantizará una mejor calidad de atención.

6 Bibliografía

1. <https://essaeformacion.com/revistamedica.com>.
2. <https://congresosicepa.com/celador-paciente-terminal>.

Capítulo 517

LA COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON LAS PERSONAS QUE ACUDEN A UN CENTRO HOSPITALARIO

LAURA MONTERO NIEVES

ROCIO NAVARRO CUTANDA

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

Una buena comunicación es fundamental e imprescindible en las relaciones interpersonales. La comunicación debe ser clara por parte de ambas partes y encaminada a la vez al buen entendimiento entre el auxiliar administrativo y el usuario que acude al centro hospitalario, ya sea por necesidad imperativa o forzosa o por la necesidad de obtener información relacionada con el ámbito sanitario.

La comunicación por parte del auxiliar administrativo requiere de habilidades y conocimientos específicos, en este caso encaminados o dirigidos hacia el tema de la sanidad en concreto. El Auxiliar Administrativo es la primera persona a la que se dirigen las personas que acuden al centro hospitalario, es la primera imagen del

centro sanitario con la que se encuentra este usuario, por lo que será fundamental que se cree una comunicación eficaz y transparente y puedan resolverse o aclarar todas las dudas o interrogantes que el usuario necesite preguntar.

El auxiliar administrativo en dicha comunicación con los usuarios será bastante claro para no dar lugar a poder crear malos entendidos o confusiones al usuario. En nuestro trabajo de investigación vamos a tratar el tema de la comunicación, los elementos que componen dicha comunicación y los tipos de comunicación que este personal en concreto utilizará ante la llegada de un usuario que acude al centro hospitalario en busca de información, respuestas, ayuda, etc.

2 Objetivos

Los objetivos principales del tema serán:

- conocer los tipos de comunicación posibles entre auxiliar administrativo y el usuario que acude al centro.
- conocer los elementos de los que se compone la comunicación ente dicho personal y usuario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La comunicación es un proceso o una acción que a pesar de realizarla a diario en cualquier ámbito de la vida ya sea personal, profesional, laboral, afectiva, etc. Es más compleja de lo que parece y está compuesta por diferentes elementos muy a tener en cuenta, en nuestro caso en concreto por el personal auxiliar administrativo a la hora de entablarla con personas que acuden al centro hospitalario.

Los elementos que componen dicha comunicación serán los siguientes :

- El emisor, en este caso el Auxiliar Administrativo, el cual establece la comunicación con el usuario para llegar a resolver cualquier tipo de duda.

- El receptor, en este caso el usuario, es la persona a la que se le envía y recibe el mensaje.
- El mensaje, lo que se pretende comunicar, debe de ser bastante claro y conciso, para poder evitar confusiones.
- El código, es el medio empleado para comunicarse, por ejemplo, hablando a través de la ventanilla de atención.
- Los canales de comunicación, en nuestro caso, sería en el ámbito sanitario.

Veamos los tipos de comunicación mediante el cual el Auxiliar Administrativo puede comunicarse con el usuario:

1. La comunicación verbal.

Este tipo de comunicación, es el más usado en la mayoría de los ámbitos o ambientes, se forma por el uso oral o escrito de las palabras para expresar algo con significado y con coherencia. Esta comunicación verbal puede realizarse bien de manera presencial, telefónica o bien mediante el uso de nuevas tecnologías, como podría ser vía WhatsApp con videollamada, etc.

2. La comunicación no verbal.

La característica imprescindible en esta comunicación no verbal es la ausencia del lenguaje, pues será reemplazado por movimientos o reacciones, mediante gestos, expresiones faciales, etc.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que el auxiliar administrativo será una pieza clave y fundamental en el proceso de comunicación entre el centro hospitalario y el usuario que acude al mismo.

Su principal función del auxiliar administrativo en la comunicación con el usuario es que dicha comunicación sea clara y concisa para que la interpretación por parte del usuario sea la correcta y pueda desarrollarse todo el proceso o estancia en el centro por parte del usuario de manera estable y sin confusiones.

Por parte del auxiliar administrativo será básico y esencial sus maneras de expresarse y de comunicarse con el usuario, tanto la comunicación verbal como no verbal será con respeto y empatía, pues es parte de sus funciones, la de transmitir e informar con educación y amabilidad.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.

2. <https://economipedia.com>.
3. www.significados.com.
4. www.as.com.

Capítulo 518

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL CENTRO SANITARIO DONDE TRABAJA

LAURA MONTERO NIEVES

ROCIO NAVARRO CUTANDA

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

La profesión de auxiliar administrativo , es debido a las condiciones o circunstancias en las que trabaja este personal, muy propensa a poder sufrir lesiones o desarrollar varios dolencias o lesiones e incluso enfermedades. Esto se debe sobre todo al hecho de pasar tantas horas sentado durante su jornada laboral , por no comer comida saludable , por no hacer descansos cada cierto tiempo en el trabajo para despejarse , por la gran cantidad de tareas a realizar durante las jornada laboral ...

Para ejercer la profesión de auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario, sería fundamental promover un estilo y unas reglas o pautas para poder un

estilo de vida saludable, como podría ser el movimiento físico, pausas de descanso, así como una alimentación adecuada y saludable. Esto repercutirán de manera notable a reducir el riesgo de padecer ciertas enfermedades físicas y mentales.

Cierto es que el trabajo de auxiliar administrativo la gran mayoría del tiempo de su jornada laboral la pasan realizando tareas sentados y frente a un ordenador es difícil suprimir esta postura, pero si se podría compaginar o alternar con otras funciones u otras posturas para evitar el sedentarismo por ejemplo. Este sedentarismo por parte del auxiliar administrativo suele afectar negativamente en la salud tanto física como mental del trabajador .

Un estilo de vida saludable en el trabajo por parte de este personal , será tan beneficioso tanto para el propio personal como para el centro sanitario, pues el personal tendrán menos posibilidades de poder sufrir lesiones y el centro vera como los trabajadores no necesitaran recurrir a ausencias laborales como bajas o enfermedades laborales .

2 Objetivos

- Dar a conocer recomendaciones básicas fuera del trabajo para tambien intentar llevar una vida saludable
- concienciar al personal auxiliar administrativo a llevar un estilo de vida saludable en el trabajo

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo de investigación grupal hemos buscado información en diferentes artículos relacionados con el estilo de vida saludable , así como de artículos sanitarios .

Tambien hemos utilizado nuestro manual básico del auxiliar administrativo y el buscador Google académico introduciendo palabras estratégicas como vida saludable , sanidad y administrativo .

Por ultimo hemos aportado nuestras propias vivencias ,pues trabajamos como auxiliares administrativos a día de hoy.

4 Resultados

En el tema en el que nos hemos centrado , en el de la importancia de llevar un estilo de vida saludable por parte del auxiliar administrativo , vemos que este

personal la gran parte de su jornada laboral es pegado a una silla y a un ordenador , algo que puede propiciar el sedentarismo ,fatiga visual etc.. por lo que será de vital importancia conocer y llevar a cabo ciertos cambios y aptitudes tanto en su vida laboral como personal para poder lograr o poder llevar una vida saludable y que las dolencias o lesiones laborales no lleguen a afectarle tanto como para producirle una baja por enfermedad o cualquier otro tipo de lesión .

A continuación veremos cuáles podrían ser los cambios más significativos o importantes para poder llevar un estilo de vida saludable por este personal en concreto:

- Alimentarse bien: es esencial comer de todos los alimentos necesarios en su justa medida y de buena calidad a ser posible para poder cubrir todas las necesidades de nuestro cuerpo y que este pueda funcionar correctamente. Así como intentar beber diariamente sobre 2l de agua, para una buena hidratación .
- Realizar ejercicio físico habitualmente : no importa la edad y el estado físico , cualquier ejercicio puede adaptarse a tus necesidades ,llevarlo a cabo de manera regular, desde salir a andar que seria lo mas básico a nadar, practicar bici, correr , padel etc..

El ejercicio físico es la manera mas barata y mas eficaz que mejores beneficios tiene para la salud mental y emocional de las personas .

- Evitar o abandonar sustancias tóxicas, como el tabaco y el alcohol: estos hábitos cada vez peor vistos en la sociedad aparte de favorecer el desarrollo de enfermedades ,son hábitos que no aportan ningún beneficio para la salud.
- Intentar Mantener un equilibrio mental: este personal con tanto exceso de trabajo y con tanta carga diaria y atención a tantos usuarios es posible que pueda notar signos de estrés, de cansancio etc.. por lo que sería importante plantearse cambios personales como dedicar un tiempo a meditar , aprender a relajarse ... es vital para este personal saber desconectar lo laboral de lo personal , pues nunca debe llevarse las tareas o problemas del trabajo a casa
- Dormir y descansar lo suficiente; es muy importante dormir 8h por la noche e intentar que la tanto la calidad del sueño y del descanso sea buena ,esto afectara positivamente al aux. administrativo en su día a día .

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que lleva a cabo el auxiliar administrativo en la sanidad, se desarrolla en unas condiciones que favorecen el sedentarismo debido al tipo de trabajo que realizan y a la forma en la que se desarrolla dicho trabajo .

No solo este personal puede sufrir sedentarismo por la forma en la que trabaja ,

sino también otro tipo de lesiones como podrían ser fatiga visual, estrés laboral , síndrome del túnel carpiano, ciática , etc..

El trabajo de auxiliar administrativo puede parecer cómodo y estable pero como todos tiene sus pros y sus contras, por lo que es fundamental intentar instaurar medidas de actuación para poder evitar males y dolencias debido al desarrollo de su trabajo en un centro sanitario .

Podemos concluir diciendo que la salud es lo más importante de todo, y para ello es fundamental en este caso que el auxiliar administrativo sea capaz de intentar llevar un estilo de vida saludable, lo cual afectara de manera positiva en todos los ámbitos de su vida .

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Google académico www.sciencedirect.com

<https://estilosdevidasaludable.gob.es>

www.sanitas.es

experiencia laboral www.formacurae.es

Capítulo 519

ACTUACIÓN Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos, también llamada unidad de pacientes críticos es un área de hospitalización que pertenece al servicio de medicina intensiva y se encarga de tratar a aquellos pacientes los cuales por la gravedad de su estado vital necesitan medidas más intensivas que las que ofrecen el resto de plantas de hospitalización requiriendo monitorización, vigilancia médica continuada, estando la mayor parte de ellos inconscientes. Algunas de estas medidas especiales son: intubación endotraqueal, monitorización respiratoria y cardiaca continúa, bombas de perfusión continua de fármacos intravenosos, sondas nasogástricas, etc. Estas unidades cuentan con mayor cantidad de personal en relación con el número de pacientes hospitalizados, en comparación con el resto de plantas. También cuentan con mayor cantidad de aparataje médico debido a los cuidados que requieren los pacientes aquí ingresados.

Los pacientes de la unidad de cuidados críticos, como ya se ha mencionado, son aquellos de mayor gravedad, entre los que encontramos pacientes con sepsis graves, politraumatizados, pacientes con fallo multiorgánico, pacientes postquirúrgicos de determinadas especialidades que han sufrido complicaciones postquirúrgicas graves, etc.

Por todo lo anteriormente mencionado y por la singularidad de los pacientes que se encuentran hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, el personal que aquí trabaje debe ser sumamente profesional.

En el presente texto se analizan las funciones del celador en la unidad de cuidados intensivos.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de críticos.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como se ha explicado en el presente texto los pacientes de cuidados críticos son pacientes graves susceptibles de entrar en fallo multiorgánico orgánico, septicemia, parada cardíaca y una extensa lista de posibles complicaciones, por todo ello, requieren una monitorización continua y cuentan con un equipo multidisciplinar a su servicio en la unidad de cuidados intensivos integrado por múltiples profesionales de la salud con formación especializada en pacientes críticos.

Estos equipos multidisciplinarios están integrados por facultativos especialistas de medicina intensiva, también llamados médicos intensivistas, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, etc.

A continuación, se expondrán las funciones que deberá desarrollar el celador en esta unidad.

El celador será el encargado del transporte de los pacientes en camilla desde urgencias o desde la planta de hospitalización en la que se encuentren hasta la unidad de cuidados intensivos, cuando el facultativo, debido a la gravedad del paciente, ordene el ingreso del mismo en esta unidad, tras comprobar que es candidato.

Los celadores deberán llevar a cabo todo el transporte del equipaje y aparataje médico, material, inmobiliario, cajas de farmacia pesada, botellas de oxígeno, historia clínicas y otros documentos, etc., que les sea indicado por sus superiores, trasladando los mismos tanto por el interior de la unidad cuando sea necesario como fuera de ella o desde otros servicios y unidades de la institución hospitalaria.

Los celadores deben llevar puestas siempre que entren a la unidad batas asépticas desechables, las cuales serán a su vez desechadas cada vez que salgan de la misma. Además, los celadores colaborarán con el personal de auxiliar de enfermería en las labores de higiene cuando así se les indique y recogerán al final de la jornada las jaulas con los pijamas sucios y las llevarán a lencería.

Los celadores también colaborarán con el personal sanitario en pequeñas tareas cuando así se les solicite, y deberán conocer el protocolo de exitus, transportándolos al mortuorio cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, la unidad de críticos es un área muy compleja del hospital en la que trabajan multitud de profesionales, entre los que se encuentra el celador. Esta unidad contiene a pacientes críticos cuya patología es de las de mayor gravedad del hospital, encontrándose multitud de ellos en riesgo vital, por todo ello, requieren de medidas, cuidados, y monitorización especial, para las cuales está acondicionada la unidad de cuidados intensivos.

El celador, con su labor, contribuye junto al resto de profesionales de la unidad de críticos a que esta funcione de forma correcta para que así se preste al paciente un servicio de salud completo e integral.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 520

EL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS Y SUS FUNCIONES

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

1 Introducción

Nuestro sistema de salud pública se divide en dos niveles de atención, Los cuales son la atención primaria y la atención especializada. La atención primaria es llevada a cabo por médicos facultativos especializados en medicina familiar y comunitaria, formados en medicina general, ofreciendo al paciente una atención continua y longitudinal a lo largo de su vida, lo que permite establecer la continuidad con la atención especializada, la cual tratará al paciente a lo largo de su vida en periodos de tiempo más cortos y de manera más puntual, poniendo a su disposición tratamientos y servicios, que requieren la atención de un especialista o pruebas complementarias más complejas las cuales no se encuentran disponibles en atención primaria, intervenciones quirúrgicas, etc.

A menudo existe la creencia en la población de que la atención especializada es superior a la atención primaria, lo cierto es que no hay nada de verdad en esto, pues los médicos de familia también son especialistas y ambos niveles de

atención se complementan el uno al otro y ambos son necesarios para brindar al paciente un servicio de salud completo e integral.

En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en consultas externas.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en consultas externas.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las consultas externas se encargan de brindar al usuario de la sanidad pública buena parte de la atención especializada, la cual se organiza, como su propio nombre lo indica, en multitud de especialidades, las cuales a su vez se clasifican en médicas, quirúrgicas y médico-quirúrgicas. Todas ellas cuentan a su vez con subespecialidades dentro de las mismas.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador brindará ayudará a recepcionarse a los pacientes que lo necesiten.

El celador conocerá la ubicación de todas las consultas y servicios del hospital y proporcionará esta información a los pacientes cuando así se lo soliciten, acompañándolos él mismo si fuera necesario.

El celador trasladará a los pacientes desde las consultas externas hasta la planta de hospitalización, el servicio de radiología, el quirófano, etcétera, cuando se le indique.

El celador recogerá las historias clínicas desde el archivo y las transportará a consultas externas, posteriormente, archivará al final de la jornada las que ya

han sido consultadas.

El celador deberá realizar una parte del trabajo de gestión de las ambulancias, siendo el encargado de llamar al técnico conductor de ambulancia.

El celador será el encargado de recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador se encargará de la recogida y el transporte de pedidos de farmacia urgente, de aparatos médicos, inmobiliario, farmacia pesada, botellas de oxígeno, etc., cuando así se le indique.

El celador recogerá las muestras biológicas, como muestras de sangre, orina, etc., y las trasladará al laboratorio.

El celador velará por el orden en las consultas externas, controlando la sala de espera para evitar aglomeraciones, y procurando el silencio en la misma.

Si hubiera algún desperfecto o avería en las unidades de consultas externas, el celador será el encargado de comunicarlo a su superior.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto a lo largo del texto, en las consultas externas tiene lugar la atención especializada, necesario para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías, las cuales por su complejidad y extensión se hacen imposibles de llevar en atención primaria o por un solo médico general. Cuanto más avanza la medicina, más especialidades y subespecialidades nacen, aunque conviene recordar la importancia del médico generalista y no perder la visión del paciente como un todo, envuelto en un contexto biopsicosocial determinado.

En las consultas externas trabajan multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, el cual, con su labor, contribuye a que las consultas externas de los hospitales funcionen de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el Servicio de Consultas Externas - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from <https://congresosicepa.com/celador-servicio-consultas-externas/>.
2. El celador en Servicios Centrales - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from <https://revistamedica.com/celador-servicios-centrales/>.

Capítulo 521

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

1 Introducción

El desarrollo y la evolución de la medicina moderna a lo largo del último siglo hoy ha hecho necesario la creación de multitud de especialidades médicas, centradas cada una de ellas en torno a un sistema del cuerpo humano. La especialidad que se encarga del aparato genital femenino se denomina Obstetricia y ginecología, la cual es una especialidad médico quirúrgica que a su vez se divide en dos ramas, la ginecología, que se encarga del tratamiento de todos los procesos patológicos que puede sufrir la mujer en su aparato genital y la Obstetricia la cual sigue a la mujer a lo largo de todo el embarazo anticipando y tratando todas las complicaciones que pueden surgir a lo largo del mismo, atendiendo también todo el proceso relativo al parto, incluyendo las posibles complicaciones quirúrgicas inmediatas, el proceso de postparto y lactancia, etc.

El embarazo es un proceso natural de la mujer que dura nueve meses, durante los cuales el cuerpo femenino experimenta cambios de índole física, psíquica, metabólica, etc., todos ellos de gran envergadura. El embarazo culmina con el nacimiento de un nuevo ser, evento que suele ser de gran importancia en la vida de la mujer.

En el presente texto se analizarán las funciones que lleva a cabo el celador en el servicio de paritorio.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el paritorio.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en área de paritorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Hoy en día, todas las mujeres a lo largo de su embarazo son seguidas y controladas por diferentes profesionales de la salud, entre los que encontramos médicos de atención primaria, enfermeras, matronas, facultativos, especialistas de ginecología y obstetricia, etc. En este seguimiento se pautan suplementos, se realizan analíticas, test de sobrecarga oral a la glucosa, ecografías, etc., de una manera más o menos intensiva dependiendo de las características de la madre, si el embarazo es múltiple, o ha sido clasificado como embarazo de riesgo.

El embarazo culmina con el parto, y gracias al seguimiento anterior se determinará la mejor vía para el mismo. Por ejemplo, es frecuente que, si la colocación del feto no es la adecuada, o se trata de un embarazo múltiple, el parto se programe para llevarse a cabo una cesárea, mientras que, si ha sido un embarazo sin complicaciones en una mujer sana en la que el bebé se encuentra colocado de forma correcta, frecuentemente será un parto natural por vía vaginal, sin la

necesidad de utilización de instrumentación médica, esto es lo que se denomina parto eutócico.

El parto tendrá lugar en el paritorio, que es aquella área del hospital que cuenta con el acondicionamiento y equipamiento médico-quirúrgico necesario para llevar a cabo el parto y atender las complicaciones que puedan surgir durante el mismo.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador se encargará de trasladar a las embarazadas en silla de ruedas desde urgencias al las instalaciones de paritorio.

El celador se encargará del transporte todo el aparataje médico, inmobiliario y que puedan ser utilizados en área de paritorio, así como toda la documentación necesaria, historias clínicas, cajas de farmacia pesada, botellas de oxígeno, etc. Además, el celador también transportará al laboratorio para ser analizadas todas las muestras biológicas recogidas en el área de paritorio.

El celador también se encargará de recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador velará por el orden en el área de paritorio, evitando la entrada a esta zona a personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el embarazo y es un proceso muy complejo que ha de ser seguido por profesionales de la salud, y especialmente el parto, atendido en un ambiente hospitalario que cuente con la tecnología médica para poder solventar complicaciones en la medida de lo posible, esto es el paritorio, pues un parto en el que de repente aparecen complicaciones, muchas de ellas impredecibles, puede desencadenar en una desgracia, sobre todo cuando no se cuenta con un equipo médico.

En el paritorio se coordina el trabajo de multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que encontramos obstetras, personal de enfermería, auxiliares, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc. El celador con su labor contribuye al funcionamiento correcto del área de paritorio.

6 Bibliografía

1. Funciones del CELADOR en MATERNIDAD | FisioStar. (n.d.), from <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>.

2. El celador y la paciente embarazada - Ocronos - Editorial Científico-Técnica.
(n.d.), from <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>.

Capítulo 522

EL FONTANERO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y EL AISLAMIENTO TÉRMICO EN LAS TUBERÍAS

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

JUAN CANO PATERNA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

1 Introducción

La elección del aislamiento de la tubería dependerá del propósito específico al que esté destinada la tubería.

El aislamiento térmico es un proceso necesario para mantener la temperatura adecuada de una estructura, ya sea para mantenerla caliente o fría. Debido a esto, se emplean una variedad de materiales para garantizar que un edificio esté adecuadamente aislado.

El aislamiento alrededor de las tuberías evita que se escape el calor o el frío y, al mismo tiempo, las protege de daños. Este aislador ayuda a reducir el consumo de energía y prolonga la vida útil de las tuberías al mantener la temperatura adecuada dentro de las tuberías.

El aislamiento de tuberías viene en una variedad de formas. La tubería debe tener un aislante térmico, por ejemplo, si es una tubería de agua caliente. Sin embargo, para las tuberías de gas, se prefiere utilizar materiales resistentes a las llamas. Algunos de los materiales más comunes utilizados como aislamiento de tuberías incluyen lana mineral, fibra de vidrio, gomaespuma y espuma de polietileno. A pesar de que cada uno de estos materiales tiene características distintas que los hacen adecuados para aplicaciones particulares, por lo general son fáciles de instalar y tienen una larga vida útil.

2 Objetivos

Conocer qué tipos de aislamientos hay y qué funciones tiene el fontanero en estos casos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La fibra de vidrio, la lana mineral, la espuma de poliuretano, el elastómero de cloropreno y el aerogel son los materiales más populares utilizados para el aislamiento térmico de tuberías, veremos que función tiene cada uno de estos materiales en el aislamiento:

- Debido a sus cualidades aislantes superiores y su simplicidad de instalación, la fibra de vidrio es uno de los materiales más antiguos y populares. Con él se pueden aislar perfectamente las tuberías de los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado.
- Por otro lado, la lana mineral está hecha de fibras hiladas de roca fundida o vidrio. La lana mineral es un aislante térmico y acústico superior, lo que la convierte en la mejor opción para tuberías en sistemas de alta temperatura y alta presión, como los que se encuentran en campos de petróleo y gas y plantas de energía.

- Tanto en sistemas de alta como de baja temperatura, la espuma de poliuretano se puede usar como aislamiento porque se adhiere bien a las tuberías. Debido a sus cualidades superiores de aislamiento térmico y resistencia al vapor de agua, es perfecto para tuberías en sistemas de refrigeración y aire acondicionado.
- El elastómero de cloropreno es un material aislante de caucho sintético resistente a la mayoría de los productos químicos y a las altas temperaturas. Es perfecto para tuberías en sistemas de petróleo y gas.
- Un material de aislamiento sintético extremadamente ligero llamado aerogel contiene más del 90% de aire. Cuando se necesita un alto rendimiento de aislamiento en un área restringida, es ideal.

Cualquier sistema de tuberías necesita aislamiento de tuberías porque garantiza la eficacia del sistema. Para que el aislador cumpla correctamente con sus funciones, es fundamental seleccionar el material más adecuado a cada situación así como realizar una instalación profesional y adecuada.

Se puede ahorrar energía y los costos pueden reducirse significativamente mediante el aislamiento térmico de las tuberías. Debido a esto, no se debe subestimar su importancia en la industria, especialmente en campos como alimentos, petróleo y gas, y construcción.

5 Discusión-Conclusión

Por último, si se utilizan materiales aislantes, es imprescindible que las tuberías permanezcan protegidas del frío para evitar problemas con el sistema de calefacción durante el invierno.

Para ayudar a los hospitales a solucionar problemas y mejorar su eficiencia energética, el personal de fontanería se asegurará de que el área que rodea las tuberías permanezca a la temperatura adecuada.

Seleccionar el material de aislamiento apropiado para sus tuberías es crucial para la eficiencia y la asequibilidad de un sistema de aislamiento. La elección está determinada por el tipo de aplicación, la temperatura, la presión y los requisitos de aislamiento específicos. Los plomeros experimentados, que son expertos en su campo, a menudo pueden ayudarlo a tomar la mejor decisión.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://e-ficiencia.com/aislamiento-termico-de-tuberias/>.

Capítulo 523

EL FONTANERO Y LAS PISCINAS DE REHABILITACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

JUAN CANO PATERNA

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

1 Introducción

Durante mucho tiempo se ha pensado que el agua tiene propiedades medicinales y curativas. Actualmente, las piscinas son algo más que un lugar para relajarse. La hidroterapia, también conocida como hidrotapia, es una forma de rehabilitación clínica en la que se tratan, previenen o recuperan determinadas patologías mediante ejercicios y técnicas que se realizan en el agua.

Sin embargo, las piscinas son un centro importante para la gastroenteritis bacteriana y viral, la criptosporidiosis, la giardiasis, la legionelosis y otras enfermedades que causan estas concentraciones de bacterias y virus.

La sensación de gravedad es menos intensa en el agua que en el exterior, lo que acelera el proceso de curación de las heridas físicas. Es uno de los métodos que

más utilizan los establecimientos de tratamiento que ofrecen este tipo de atención.

Hoy en día, un número considerable de hospitales cuentan con instalaciones de piscinas.

Por ello, para evitar que estas enfermedades se propaguen, es fundamental gestionar y desinfectar adecuadamente el agua de estas piscinas.

Para mantener el agua limpia y libre de virus y bacterias, así como sus pisos y paredes, y el espacio en el que se ubican, el personal de mantenimiento de los centros hospitalarios se ve obligado a realizar una serie de procedimientos periódicamente. Estos procedimientos se recopilan en este capítulo.

2 Objetivos

Conocer las medidas que el personal de fontanería de los centros hospitalarios debe aplicar para realizar el correcto mantenimiento de las piscinas que se utilizan con fines medicinales.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha utilizado una metodología activa de búsqueda y revisión bibliográfica de información en diversos estudios clínicos y universitarios, así como en webs sanitarias y páginas de organizaciones institucionales. Así mismo, también se han consultado manuales especializados en el mantenimiento de piscinas.

4 Resultados

El personal de mantenimiento de fontanería, en primer lugar, se utiliza un proceso de bombeo de agua para introducir agua de la red general en la piscina. El agua debe pasar por filtros de arena que atrapan las impurezas antes de llegar al vaso. Luego se usa un dispositivo que equilibra el pH y el cloro para procesar el agua. Un pH de entre 7 y 7 puntos debe considerarse ideal.

Una máquina monitorea automáticamente los niveles de pH y cloro para mantener la calidad del agua. También se debe introducir una vez por semana un robot limpiafondos que se encargue de limpiar el suelo, las paredes y las escaleras de la piscina.

Las piscinas de rehabilitación de un centro hospitalario, es una de las herramientas eficaces que constituyen para el tratamiento y recuperación de los pacientes en ciertas patologías y enfermedades, pero, de no llevar el correcto mantenimiento de las mismas también pueden ser un importante foco de enfermedades por la acumulación de virus y bacterias.

Con algunas excepciones, el mantenimiento de las piscinas de rehabilitación de las instalaciones hospitalarias es similar al de otras piscinas de uso común.

Los filtros de área también deben limpiarse de la misma manera. La llave que da acceso desde el tubo del filtro a la piscina debe estar bloqueada para poder realizar esta limpieza. De esta manera, el exceso de agua se drenará. La parte inferior del filtro se utilizará para introducir agua durante 7 minutos. Después de que haya pasado el tiempo asignado, se agrega agua durante tres minutos en la parte superior. La llave que permite que el agua ingrese al vaso de la piscina se vuelve a abrir una vez que se completa este proceso.

5 Discusión-Conclusión

Las piscinas de rehabilitación hospitalaria pueden ser una importante fuente de enfermedades si no se mantienen limpias y libres de virus y bacterias además de ser una herramienta eficaz para el tratamiento y recuperación de algunas patologías y enfermedades de los pacientes que las padecen.

Por lo tanto, el técnico de fontanería, que forma parte del equipo de mantenimiento del hospital, debe limpiar y desinfectar periódicamente el agua, el vaso de la piscina, los filtros que dan acceso al agua y el área donde se encuentran. Además de todo se debe examinar el pH del agua y el contenido de cloro.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 524

EL FONTANERO Y SU FUNCION ANTE EL ATASCO DE LOS DESAGÜES EN UN HOSPITAL

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

JUAN CANO PATERNA

1 Introducción

Los malos olores, que crean un ambiente intolerable y que con frecuencia van acompañados de animales o insectos como moscas, cucarachas e incluso ratas que rodean las tuberías, son otro claro indicio de ello. Similar a esto, el gorgoteo de agua mientras el grifo está abierto es una señal potencial de que la tubería está bloqueada, ya sea por algo como la presión del aire u otra cosa.

Después de haber dicho todo esto, es hora de comentar algunos factores que provocan los atascos en los desagües son: presencia de papeles, antigüedad, bolsas plásticas, cabello en exceso.

Ya sabemos por qué es necesario el mantenimiento del sistema de fontanería por parte del fontanero en los centros hospitalarios, por lo que es hora de conocer las señales de advertencia obvias de que es hora de realizar el procedimiento.

En primer lugar, podemos ver que el agua no drena fácilmente porque puede regresar por los inodoros o por el plato de ducha, lo que es una señal evidente de que está obstruido por alguna razón.

Las instalaciones de desagües deben ser sencillas y sin complicaciones, enfocándose en dar a los líquidos el camino más directo posible al colector evitando caminos muy estrechos y cerrados en la medida en que puedan ser retenidos en las partes curvas y evitando sobrecargar los drenajes y las tuberías con descargas adicionales a las estrictamente necesarias.

2 Objetivos

En este trabajo el objetivo es describir el arreglo de las averías o atascos de los desagües por parte del personal de Fontanería.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizó una revisión sistemática de la literatura y en artículos, utilizando las bases de datos, mediante el uso de las palabras clave, así como también se han consultado los temarios relacionados con fontanería.

4 Resultados

La mayoría de las veces, despejar las obstrucciones en los desagües de artículos sanitarios con sifones individuales requiere abrir los tapones de registro del sifón y eliminar los desechos acumulados.

Otras veces se utiliza una succión a base de una bomba de goma, un alambre o una pistola de aire comprimido para aplicar la solución.

Si los electrodomésticos no tienen sifones y van directamente al sifón, hay que abrirlo levantando la tapa para poder limpiarlo. Si la obstrucción continúa, intenta insertar una sonda especial a través de la obstrucción hasta el sifón, gírela hasta que localice la obstrucción y retírela.

Con frecuencia es necesario instalar un nuevo aparato con su correspondiente desagüe conectado a una instalación ya operativa. Existen algunos accesorios especiales que se pueden utilizar para injertar o conectar el nuevo sumidero a la red adecuada debido a la dificultad de realizar una modificación en la instalación.

Se compone de un accesorio en ángulo con una placa para fijarlo al tubo inferior del otro lado y una extensión en el extremo superior para permitir la fijación del tubo adecuado. El bajante se perfora al diámetro interno del accesorio para su colocación. Una vez perforado, el accesorio se une al orificio con una junta de goma gruesa para garantizar un sellado hermético. A continuación se aprieta todo el conjunto con la brida, que abraza por detrás el tubo y sujeta el accesorio presionando sobre la placa o brida con la ayuda de unos tornillos que cierran la brida. Esto comprime todo el conjunto contra el tubo y crea un sello hermético. El tipo de mecanismo de los artículos sanitarios determinará el tipo de reparaciones necesarias que tendrán que aplicar el personal de fontanería en un centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En algunas situaciones, es necesario que las tuberías que conducen a los desagües atraviesen paredes, pisos u otros obstáculos. Se pueden usar manguitos de aislamiento para evitar que las tuberías queden atrapadas y evitar que experimenten movimientos de expansión y contracción.

Las averías en las tuberías ocurren ocasionalmente porque el uso de varios dispositivos los desgasta y estos problemas, que pueden afectar la capacidad de funcionamiento de los hospitales, son bastante frecuentes. El personal de plomería debe actuar con rapidez para evitar daños en el correcto funcionamiento a fin de evitar verse obligado a retener el agua de un desagüe obstruido, soportar el ruido constante de la cisterna o quedarse sin grifo durante un período prolongado de tiempo. de un centro médico.

6 Bibliografía

- 1- www.revistamedica.com
- 2- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 525

EL CELADOR Y SU ACTUACION EN ALMACÉN Y SUMINISTROS HOSPITALARIOS

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

1 Introducción

Debido al volumen de mercancías y al tráfico de entrada y salida, la labor del celador es fundamental en el almacén de suministros. El cargo de celador en el almacén indicará quién está a cargo del suministro y almacenamiento allí. Todos los suministros deben almacenarse adecuadamente para reducir costos.

Por ello, la preparación previa a un pedido de material, así como su recepción y organización, son cruciales para el control de stock.

Siendo el conjunto de tareas que abastece de materiales a los almacenes de servicio y de pacientes, así como a las instalaciones de almacenamiento que albergarán todas las mercancías pedidas. El almacén es una estructura o lugar donde se depositan mercancías de cualquier tipo, generalmente mercancías. La reducción máxima en el espacio disponible será una consideración al diseñar un almacén

hospitalario. Cualquier tipo de mercancía debe ser susceptible de ser recibida, preparada y almacenada en un depósito.

El personal de almacén del hospital realizó la siguiente tarea:

- Recibir de proveedores externos todos los elementos necesarios para el funcionamiento de una institución de salud.
- Crear un sistema de inventario y control de calidad.
- Realización de pedidos.
- Orden de expedición.

En una institución sanitaria, el uso de un almacén sirve para asegurar el suministro constante y asequible de diversas unidades y servicios. Las funciones principales de un almacén incluyen el almacenamiento, la distribución y la acumulación de materiales.

2 Objetivos

- Describir funciones del celador en el servicio de almacén del hospital.

3 Metodología

El desarrollo de este capítulo implicó una investigación que implicó una revisión bibliográfica exhaustiva del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Scielo y Medline para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se llevó a cabo una búsqueda minuciosa de libros.

4 Resultados

Las funciones del celador a cargo del almacén, son:

- Adquirir la mercancía, confirmando el número de bultos que figuran en el albarán de entrega.
- Revisar la información suministrada.
- Colocar la mercancía que ha recibido en las estanterías del almacén.
- Distribuye suministros internos entre los distintos pisos y departamentos del hospital.
- Para distribuir los materiales de manera rápida y eficaz, el celador debe ser resolutiva y mantener la seguridad en el lugar de trabajo.

- Se diferenciarán los suministros internos y externos, sus fases, organizaciones, contratación, almacenamiento, distintos tipos de almacenes, organizaciones y procedimientos de almacenamiento.
- Hasta el momento de la distribución, mantener una adecuada organización y realizar oportunamente las solicitudes de reposición para proteger los intereses del establecimiento que ha sido puesto bajo administración y custodia.
- Controlar los stocks mínimos y máximos de reposición para estar al tanto de los movimientos del almacén.
- Vigilar los productos, fechas de caducidad y dispóngalas de manera que se garantice su ubicación.
- Supervisar las compras que realizan los distintos comercios a los que se abastece.
- Conjunto de tareas con el objetivo de abastecer de insumos al almacén principal del hospital, ya cada uno de los diferentes servicios de salud.

Los recursos incluyen:

- Externos: aquellos que obtienen bienes para la tienda general de proveedores externos.
- Internos: se refiere a la mercancía que se intercambia entre los diferentes departamentos o servicios del hospital o clínica desde el almacén general.

El conocimiento de los materiales precisos y necesarios para el buen funcionamiento de la institución sanitarias constituye la primera etapa de la tarea de abastecimiento que se debe realizar. La gestión de las compras de los distintos productos a proveedores externos se realiza previa determinación de las necesidades de los servicios y departamentos del Centro de Salud. Controlar que el centro siempre tenga la cantidad adecuada de los bienes requeridos es la principal función de suministro que realiza un almacén. Dicho de otro modo, esto es lo que hay que comprar, cuánto y cuándo. Los productos serán ordenados para su colocación en el almacén, donde las labores de recepción, inspección y control del inventario serán realizadas por los guardas.

5 Discusión-Conclusión

En términos de forma y volumen, la combinación de los dos sistemas es el tipo de almacenamiento más utilizado. El almacén del hospital estará equipado con todas las herramientas necesarias para garantizar que cada artículo se almacena y coloca correctamente para que sea fácil de encontrar cuando se necesita un producto. El contenido de una institución sanitaria se puede dividir en categorías según su duración, características y peligrosidad infecciosa.

De todas las fases, la gestión de existencias es la tarea más crucial. Implica mantener niveles adecuados de stock de cada artículo para evitar desabastecimientos que puedan comprometer el trabajo de cuidado encomendado. Siempre puedes conocer las entradas, salidas y existencias gracias a la información. La cantidad de mercancías en el almacén se conoce como stock.

6 Bibliografía

1. Del Castillo Torres L; Martos Navarro F; Gómez Martínez D ; González Rabanal J.M. ; Vidal Ramírez R. ; Ales Reina M.; Celadores de la Instituciones Sanitarias del INSALUD ; octava Edición ; Sevilla ; Editorial MAD ; diciembre 1999.

Capítulo 526

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

1 Introducción

El Servicio de Urgencias es un área que forma parte de un centro hospitalario y del centro de salud; se sitúa junto a la puerta de acceso del mismo, pudiendo ser también un anexo al hospital con entrada propia fácilmente distinguible del resto de zonas del hospital, facilitando la llegada de pacientes que necesiten atención urgente.

La sala de urgencias es un centro asistencial donde se atienden pacientes con problemas de diversas etiologías y grados de gravedad que producen procesos agudos que demandan una pronta atención.

Cada hospital ofrece un servicio de urgencias, que se distribuye según la usabilidad y operatividad. Este es el lugar por donde ingresan típicamente los pacientes, por lo que debe estar adecuadamente organizado, ser funcional y tener áreas claramente definidas y delimitadas para una adecuada atención. También debe

asegurarse de que no haya demoras ni desorganización en la atención del paciente.

El celador de un centro hospitalario es responsable tanto de mantener el orden como de realizar funciones de apoyo dentro de la zona de urgencias.

Cuando los familiares de un paciente llegan al servicio de urgencias, primero se ponen en contacto con el celador de urgencia. El porte y la conducta del celador en este primer encuentro son cruciales.

2 Objetivos

-Describir las funciones y responsabilidades que el celador prestará dentro del servicio de urgencias de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos notar la diferencia entre las funciones de un celador dentro de la zona de urgencias en la puerta y en los boxes.

El celador del servicio de urgencias nunca dejará la puerta desatendida, no permitirá que personas no autorizadas ingresen a las instalaciones, dará la bienvenida y ayudará a los pacientes que lleguen en ambulancias y vehículos privados, y asistirá a los pacientes en sillas de ruedas y otras ayudas para la movilidad y acompañará al paciente al mostrador de Admisión de Urgencias para que el personal administrativo pueda recabar información. Se le indicará al paciente o a sus seres queridos que esperen en la sala de espera al mismo tiempo. Si su salud le impide esperar, lo llevará directamente al área de triaje y se lo hará saber al personal médico.

El celador de boxes, una división dentro del servicio, realiza una variedad de tareas, pero nos centraremos en la instalación, movilización y posicionamiento del paciente en el box. Además, trasladarán o acompañarán al paciente durante los

procedimientos diagnósticos que ofrece el servicio (TC, radiografías, ecografías, etc.). También transportará muestras de sangre, orina o heces a los laboratorios correspondientes, entre otros. Menciona que asistirá con punciones lumbares, inyecciones y otras pruebas que requieran inmovilización. También trasladará al paciente al vehículo en la entrada cuando el paciente sea dado de alta.

El personal médico o de enfermería valorará al paciente, valorando la gravedad de la patología y dándole un lugar donde ser atendido y un nivel de prioridad. Triage es el término para este procedimiento. Existen varias formas para que el paciente acceda a la sala de urgencias del hospital. El paciente será evaluado una vez finalizadas las tareas administrativas requeridas (recogida de datos para el servicio de admisión de urgencias). Recibir, recibir y clasificar a los pacientes que llegan a la sala de emergencias de un hospital es un proceso.

5 Discusión-Conclusión

Dado que esta posición requiere ser extrovertido, responsable y proactivo, las funciones del celador son cruciales en el área de urgencias. Uno de los roles más cruciales es saber expresarse frente a los demás. También deben hacer ejercicio, moderación extrema al hablar, y debe responder a las solicitudes lo más rápido y correctamente posible.

Cuando los pacientes llegan a las instalaciones, el celador suele ser la primera persona a la que llaman. La forma en que se hace este contacto puede tener un impacto positivo o negativo en cómo las personas las perciben, por lo que es crucial que prestes atención a este detalle. Esta es la razón por la cual estos empleados necesitan recibir una excelente formación.

6 Bibliografía

- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 527

EL CELADOR Y SU FUNCION EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

1 Introducción

La movilización de pacientes, la cooperación con la limpieza de pacientes inmovilizados junto con otros compañeros como auxiliares de enfermería y enfermeras, y los cambios de posición en la cama son solo algunas de las muchas tareas que realizan los celadores. También acompañan al paciente, lo trasladan a los distintos servicios del centro hospitalario, lo tranquilizan y le brindan apoyo emocional a él y su familia.

La mayoría de las veces, se requieren grúas especiales para estas funciones para realizar este tipo de trabajo. Particularmente cuando se trata de pacientes de edad avanzada que son obesos o que no pueden moverse debido a su enfermedad, no solo son físicamente dependientes sino que también tienen deficiencias mentales.

La grúa es una herramienta que tienen a su disposición los celadores que les facilita mucho su trabajo y les ayuda a evitar lesiones en brazos y espalda.

Se utiliza principalmente en atención especializada, es decir, tanto en hospitales públicos como privados. Sin embargo, también podrían ser utilizados en el hogar, en residencias de ancianos o centros de salud privados, en este caso por familiares y otros cuidadores de pacientes.

El uso de la grúa se ha vuelto muy beneficioso para el tipo de trabajo ordenado. Se mejora la experiencia del usuario y se incrementa su sensación de seguridad como resultado de la importante reducción de peso.

2 Objetivos

- Describir características y funcionamiento de las grúas para movilizar a pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En ocasiones, al movilizar al paciente, no se tiene cuidado de asegurar el movimiento adecuado, lo que resulta en tirones musculares y lesiones que conducen a posturas incorrectas. Debe mover al paciente, ayudar con la limpieza, cambiar su cama, transferirlo a una silla de ruedas y otras tareas.

Los arneses, que vienen en una variedad de tipos, son un elemento de las grúas. Es un componente crucial porque tiene contacto directo con el cuerpo del paciente. La seguridad física del paciente depende tanto del arnés como del personal médico que lo atiende. Ya sean celadores, enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos, etc.

Hay varias movilizaciones, como las de una cama a una silla o a otra cama, y es de gran ayuda utilizar el mejor arnés para la circunstancia que se presente. Las funciones que realiza cada tipo de arnés varían.

Para el correcto posicionamiento del paciente y del arnés, es fundamental conocer las instrucciones del fabricante y las normas a seguir.

Es muy recomendable lo siguiente:

- Seguir las indicaciones proporcionadas por el fabricante en los manuales de instrucciones del producto.
- Dependiendo del tamaño del espacio disponible en la habitación, la grúa debe colocarse lo más cerca posible de la cama. La cama para el paciente estará plana con el freno aplicado. Además, la grúa se detendrá correctamente.
- Se rotará al paciente en decúbito lateral; el arnés no debe tener pliegues que puedan dañar el cuerpo del paciente. Luego se colocará al paciente nuevamente en posición supina.
- Asegurarse de que todo esté conectado correctamente y con firmeza. Para evitar percances y daños físicos, esto es crucial.
- En un esfuerzo por aumentar la estabilidad, abriremos los ángulos de las patas de la grúa. Indicar que existen muchos tipos diferentes de grúas, incluyendo grúas de pie, grúas ortopédicas móviles o de techo fijo, grúas para uso en bañeras y duchas, etc.

5 Discusión-Conclusión

El dolor de espalda, brazos y cuello provocado por el tipo de trabajo realizado es un problema físico importante para el celador. En ocasiones, al movilizar al paciente, no se tiene cuidado de asegurar el movimiento adecuado, lo que resulta en tirones musculares y lesiones que conducen a posturas incorrectas. Debe mover al paciente, ayudar con la limpieza, cambiar su cama, transferirlo a una silla de ruedas y otras tareas.

El uso de la grúa se ha vuelto muy beneficioso para el tipo de trabajo ordenado. Se mejora la experiencia del usuario y se incrementa su sensación de seguridad como resultado de la importante reducción de peso. Todas las instalaciones médicas deben tener una cantidad suficiente de estos dispositivos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/colocacion-paciente-gruas-mecanicas>.
2. <https://fisiostar.com/celador/dispositivos-y-materiales-para-ayudar-en-lamovilizacion-de-pacientes>.

Capítulo 528

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

En el ámbito sanitario un auxiliar administrativo es un cargo que supervisa y se encarga de administrar tanto la documentación clínica de los pacientes como de los usuarios que acceden a alguno de los diversos centros sanitarios.

Las urgencias o consultas suelen ser los motivos por los que un usuario o paciente acude al centro de salud, aunque puede que lo haga por otros servicios que requiera. El acceso de los usuarios o pacientes a la instalación está en función de la actividad del servicio de documentación o archivo correspondiente al ingreso, ya sea de forma urgente o rutinaria.

El profesional debe verificar los datos de los pacientes y asegurarse de que son confiables. En la base de datos se incluirá información altamente sensible y privada del usuario, así como la historia clínica del usuario o potencial paciente.

El auxiliar administrativo es el encargado de garantizar que los usuarios o pacientes puedan acceder al hospital y agendar citas con los especialistas que requieran, ya sean de su centro de atención primaria o de cualquier otro servicio o unidad del centro de salud. De igual manera, será responsable de recuperar y recuperar todos los datos de los usuarios o pacientes, con el fin de incluirlos en su historia clínica, que incluye toda la información relativa a la salud del paciente, así como su archivo y posterior registro en el área o lugar designado.

2 Objetivos

Estudiar y explicar el papel del auxiliar administrativo en el servicio de admisión y documentación sanitaria en los centros sanitarios.

3 Metodología

La información científica utilizada para escribir este artículo se recopiló a través de una revisión bibliográfica de artículos relevantes para él en numerosas bases de datos, incluidas Scielo, Medline, PubMed y Google Academy. Se realizaron búsquedas en estas bases de datos utilizando términos pertinentes al tema de la discusión. También se han consultado guías clínicas relacionadas con el tema de investigación.

4 Resultados

El Servicio de Ingreso del Centro de Salud está supervisado por un especialista en administración de áreas sanitarias.

- Admisión al expediente de Urgencias: La unidad tiene la responsabilidad de registrar y acceder al Servicio de Urgencias o unidad a aquellos usuarios o pacientes que soliciten asistencia médica y requieran una visita médica inmediata.

La documentación de los niños o niños que han sido nacidos es obligatoria, así como el encendido y apagado de las camas para que puedan ser accesibles desde los pisos.

- Admisión central: A petición del médico especialista en la admisión de pacientes, el especialista en administración administrativa encargado de supervisar la admisión de pacientes es el responsable de registrar a los visitantes o pacientes que acuden al hospital o que proceden de alguna de las consultas externas del hospital. Solicitudes de ambulancia para alta, traslados o para realizar procedimientos

diagnósticos fuera del mismo hospital, traslados de usuarios o pacientes de su hospital de origen y referencia o de otro hospital a aquel de referencia u origen, gestión de piso de hospitalización de camas de centros de salud, alta de nuevos usuarios o pacientes del centro de salud, incluyendo recién nacidos.

- Servicio de Encargado de Citas: Se llevan a cabo citas, sin importar si sean necesarias a través del centro de atención primaria requerido por su médico de cabecera, tales como las citadas requeridas por el médico especialista para la revisión y control de usuarios o pacientes, independientemente de que tengan o no origen en atención primaria, así como la hospitalización o derivación por otro médico especializado. Similar a cómo se manejan las citas de otros centros de salud porque se hacen dentro de la misma provincia, comunidad o incluso fuera de ella.
- Archivo: Este departamento del Servicio de Documentación tiene como objetivo recolectar los datos concernientes al transcurso de un usuario o paciente por el centro hospitalario, tales como consultas, ingresos hospitalarios o urgencias. Toda su documentación y datos se originarán en un solo número, que también será la forma más rápida y efectiva de almacenar estos datos en su historial. Se encargará de controlar las entradas y salidas correspondientes. Se debe especificar qué servicio o unidad y ubicación se encuentran dentro del centro de salud, y redactar un breve resumen de la trayectoria del expediente anteriormente mencionado. Cuando el usuario o paciente fallece, es responsable de crear el historial, retirarlo y documentarlo. Modalidad física cuando el usuario o paciente son nuevos en el establecimiento, ya sea por nacimiento o traslado.
- Las listas de espera quirúrgicas son las listas que se establecen para el uso de quirófanos, la intervención quirúrgica y las pruebas preliminares necesarias.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando la exposición de la trascendencia de gestionar y administrar todos los servicios, pero en especial el servicio de admisión y documentación clínica por parte del Profesional Auxiliar Administrativo, el correcto desarrollo y conocimiento en sus funciones, ya que de ello derivará el correcto manejo de los pacientes. en cuanto a la atención primaria que se brinda a los usuarios y/o pacientes, buena gestión.

El aumento del número de profesionales auxiliares administrativos repercutirá en el funcionamiento de cada servicio, dentro de sus respectivos dominios, pero también agilizará el trabajo de los usuarios y trabajadores de la salud.

6 Bibliografía

1. Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010).
2. Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles facultativos, 19(2), 4.

Capítulo 529

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La planta de radiología en un hospital es una sección del hospital donde se realizan exámenes de diagnóstico por imágenes. Esta sección suele estar equipada con diversos equipos de radiología, como equipos de rayos X, equipos de resonancia magnética, equipos de tomografía computarizada, entre otros.

La planta de radiología es el lugar donde los pacientes son enviados para realizarse exámenes de diagnóstico por imágenes, como radiografías, mamografías, tomografías, entre otros. Estos exámenes son realizados por profesionales capacitados en radiología, como radiólogos, técnicos y enfermeros especializados (1).

La planta de radiología es un lugar importante en el hospital, ya que permite la identificación temprana de enfermedades y lesiones, lo que a su vez permite un

tratamiento oportuno y eficaz. Además, los exámenes de radiología también se utilizan para monitorear la progresión de ciertas enfermedades y para evaluar la efectividad de ciertos tratamientos.

Es importante mencionar que la planta de radiología debe cumplir con estrictas normas y regulaciones de seguridad radiológica para garantizar la seguridad de los pacientes, los profesionales de la radiología y el público en general.

El auxiliar administrativo en una unidad de radiología es un profesional importante en el equipo de salud, que desempeña un papel clave en la gestión administrativa y organizativa del departamento. Su trabajo es esencial para garantizar el funcionamiento eficiente y efectivo de la unidad de radiología.

2 Objetivos

-Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en respuesta a sus funciones al deber en la unidad de radiología en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo de la unidad de radiología en un centro hospitalario, la función es proporcionar soporte administrativo y asistencia a los profesionales de la radiología, como radiólogos, técnicos y enfermeros. Algunas de las responsabilidades que puede tener incluyen programar citas de radiología, mantener registros precisos, preparación del equipo de radiología, coordinación con otros departamentos, atención al cliente y el trabajo en equipo.

Programar y coordinar las citas de radiología para los pacientes, asegurándose de que se programen en el momento adecuado y que se realicen correctamente. También debe encargarse de mantener registros precisos de las citas programadas, los

procedimientos realizados, las facturas enviadas y otros documentos importantes (2).

Otra función importante incluye preparar el equipo de radiología antes de que lleguen los pacientes para su examen, asegurándose de que esté limpio y funcionando correctamente. Es importante que coordine con otros departamentos, como el departamento de facturación y seguros, para asegurarse de que se cobren y se paguen las facturas correctamente.

Debe proporcionar atención al cliente a los pacientes y sus familias, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones sobre el proceso de radiología. Esto implica trabajar en equipo con otros miembros del personal de radiología, incluyendo radiólogos, técnicos y enfermeros, para garantizar un proceso de radiología sin problemas y de alta calidad para los pacientes (3).

La importancia del auxiliar administrativo en la radiología de un hospital es que su trabajo garantiza que la atención médica se brinde de manera eficiente y efectiva. Al tomar la responsabilidad de tareas administrativas y de coordinación, el equipo de atención médica puede concentrarse en brindar atención de alta calidad a los pacientes.

En general, el papel del auxiliar administrativo de la unidad de radiología es crucial para garantizar un proceso de radiología eficiente y de alta calidad para los pacientes, y para apoyar a los profesionales de la radiología en su trabajo diario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, un auxiliar administrativo en la radiología de un hospital es una parte vital del equipo de atención médica. Su papel es proporcionar apoyo administrativo a los profesionales de la radiología, como radiólogos, técnicos y enfermeros, lo que permite que el equipo médico se concentre en brindar atención de alta calidad a los pacientes.

Algunas de las funciones del auxiliar administrativo en la radiología de un hospital pueden incluir programación de citas, la gestión de registros, facturación y cobros y la atención al cliente. Además, el auxiliar administrativo de la radiología ayuda a mantener registros precisos y a coordinar el pago de los procedimientos, lo que ayuda a asegurar que el hospital siga siendo financieramente solvente y pueda continuar brindando atención médica de calidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/administrativo-recepcion-radiodiagnostico/>

2. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-saludadmisiodocumentacion-clinica/>
3. <https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-radiologia-871/>

Capítulo 530

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL DEL HOSPITAL

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

1 Introducción

La unidad de contratación de personal en un hospital es esencial para asegurar que el personal adecuado se encuentre disponible y preparado para brindar atención médica de calidad. En este sentido, el papel del administrativo es crucial para garantizar el éxito del proceso de selección y contratación de personal.

El administrativo tiene una amplia variedad de responsabilidades en la unidad de contratación de personal del hospital, desde la recepción de solicitudes hasta la elaboración de informes y estadísticas. Sin embargo, su función principal es proporcionar apoyo administrativo en todas las etapas del proceso de selección y contratación, asegurando que todo el procedimiento se realice de manera efectiva y eficiente (1).

La calidad del personal del hospital es fundamental para el bienestar de los pacientes, por lo que la unidad de contratación de personal debe contar con personal altamente capacitado y eficiente para llevar a cabo su labor. En este sentido, el administrativo juega un papel clave en la selección y contratación de personal, lo que hace de su trabajo una pieza clave en el engranaje del hospital.

En resumen, el administrativo es una figura importante en la unidad de contratación de personal del hospital, y sus funciones son cruciales para garantizar la contratación de un personal altamente capacitado y eficiente, lo que, a su vez, asegura la calidad de la atención médica brindada a los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del personal auxiliar administrativo en la unidad de contratación de personal del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El administrativo es una figura clave en la unidad de contratación de personal del hospital, ya que su trabajo consiste en apoyar y llevar a cabo diversas funciones administrativas necesarias para el reclutamiento, selección y contratación del personal de la institución.

Entre las funciones que puede desempeñar un administrativo en la unidad de contratación de personal de un hospital se incluyen la recepción de solicitudes de empleo, donde el administrativo puede recibir las solicitudes de empleo de los aspirantes y registrarlas en un sistema de base de datos. Además, puede verificar que la documentación presentada por el solicitante esté completa (2).

Otra función es la publicación de ofertas de trabajo donde el administrativo puede ser responsable de publicar las ofertas de trabajo en medios de comunicación

internos y externos, así como en portales de empleo en línea. Esto también incluye a posteriori el cribado de candidatos: El administrativo realiza una primera evaluación de las solicitudes recibidas y hacer la selección de los candidatos que cumplen con los requisitos mínimos.

Además, el administrativo se encarga de coordinar las entrevistas con los candidatos preseleccionados. Y puede elaborar informes y estadísticas de los procesos de selección y contratación de personal para su posterior análisis (3).

Este profesional también puede colaborar en la tramitación de los contratos de los nuevos empleados, verificando que toda la documentación esté completa y que se sigan los procedimientos establecidos. Y debe encargarse de la gestión de la correspondencia relacionada con la contratación de personal, incluyendo el envío de cartas de aceptación o rechazo.

En resumen, el administrativo en la unidad de contratación de personal del hospital desempeña un papel fundamental en el proceso de selección y contratación de personal, realizando diversas funciones administrativas necesarias para el correcto funcionamiento de esta área del hospital.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de contratación de personal de un hospital es un departamento o área de recursos humanos encargado de reclutar, seleccionar, contratar y gestionar el personal que trabaja en el hospital. Esta unidad tiene como objetivo principal asegurar que el hospital cuente con un personal adecuado, altamente capacitado y comprometido para brindar atención médica de calidad a los pacientes.

En resumen, la unidad de contratación de personal de un hospital es una parte crucial del departamento de recursos humanos que se encarga de asegurar que el hospital cuente con el personal adecuado y altamente capacitado para brindar atención médica de calidad. Es un departamento que cumple con una gran variedad de funciones esenciales para garantizar la eficiencia y eficacia del hospital en la atención a los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.opoinnova.com/como-trabajar-administrativo-en-hospital/>.
2. <https://sanidad.ccoo.es/199edb45a51f5c9daee21f19f77d1e9e000058.pdf>.
3. <https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/Fulltext/ADAD0000661/PF3.pdf>.

Capítulo 531

LA GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A LAS RECLAMACIONES Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

1 Introducción

Bien se trate desde la Atención Primaria o en el área más extendida en los Hospitales Generales, se encuentra la zona de Atención al Paciente. En la citada zona, es el auxiliar administrativo quien gestiona todas las solicitudes del tipo “Reclamación” con el fin solucionar algunas discrepancias con las que, normalmente, los interesados o pacientes están en desacuerdo.

Este derecho está legalmente reconocido en el art.10.12 LGS. Donde especifica de forma concreta el derecho del ciudadano a utilizar las vías de “Reclamación” y de “Propuesta de Sugerencias”, así como recibir respuesta en los plazos reglamentariamente establecidos. Aclarar que son diferentes las solicitudes de la reclamación que de la propuesta de sugerencia. Además de la ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente en materia de derechos y obligaciones.

En Atención al Paciente, el tipo de reclamaciones que interponen los pacientes en su mayoría van enfocadas a la demora que tienen programadas en las citas

de cualquier especialidad, con el fin de adelantar el proceso, o en busca de una segunda opinión médica, entre otros motivos.

Las iniciativas de sugerencias son, básicamente, el conjunto de ideas o pensamientos planteados por los pacientes, en su mayoría en forma de crítica constructiva para mejorar y ayudar a cara de garantizar una mayor calidad y el funcionamiento de todo el conjunto de servicios que presta la atención sanitaria.

2 Objetivos

- Identificar y desarrollar una comunicación fluida y aplicar técnicas de una escucha activa y asertiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En Atención al Paciente, la función del auxiliar administrativo no es meramente un departamento en el cual se tramita un simple expediente a espera de resolución. El comienzo de estos expedientes suele pasar por distintas fases. En el momento de la presentación de la solicitud de la reclamación, sería la primera fase. Cuando el auxiliar administrativo, debe admitir a trámite de forma presencial, se procede a la fase llamada “Entrevista”. Es en este momento tan delicado, cuando se aplican ciertas técnicas, escuchar a los pacientes permitiendo que hablen en su turno de palabra sin interrupciones, ser asertivos con ellos y mostrar empatía. Se debe tener en cuenta que, algunos pacientes no siempre están de acuerdo con los diagnósticos pautados por el facultativo, o tienen demora en alguna cita programada de una especialidad concreta, o simplemente son citas médicas que deben ser atendidas en la mayor brevedad posible por razones en las que el tiempo es primordial y no son gestionadas por falta de agenda. Esta fase es denominada “Análisis y Comprobación de Hechos”, a través de los distintos informes expedidos por los profesionales de turno.

Para poner solución ante la reclamación planteada por el paciente, llegamos a la fase final del proceso, la llamada “Respuesta”, el auxiliar administrativo intentará activar un plan de tratamiento, para ello empleará preguntas abiertas y concisas. Intentará obtener la mayor información posible que le pueda transmitir el paciente y todo ello afectará a la posterior negociación posible con los recursos necesarios posibles para tratar de solucionar la necesidad planteada por el paciente en la citada reclamación.

Por tanto, se define como la unidad no asistencial encargada de apoyar y recibir a los pacientes y familiares de éste, durante el proceso de tramitación de la solicitud de la reclamación. Unidad encargada de promover y llevar a cabo los derechos de los cuales pueden ejercer los pacientes, a través de la difusión de los servicios que se recogen en la “Carta de Derechos y Obligaciones” del usuario.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo no es simplemente un mero funcionario en el momento de dar entrada de registro a un expediente. Se debe tener en cuenta que muchas veces los pacientes acuden a este departamento con bastante enfado y mal estar por la situación médica que padezca. Con la agravante del problema en su mayoría la lista de espera que, dependiendo de la especialidad que se trate, a veces conlleva mucha demora.

Por tanto, el auxiliar administrativo ejerce una labor de atención más que administrativa, a veces emplea técnicas a desempeñar en cuanto a calmar al paciente, y tratar con él para posteriormente poder llegar a un acuerdo.

6 Bibliografía

1. Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado. Ley/ 1986 de 25 de abril General de Sanidad.[Internet]: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>.
2. boe.es Ley del 41 de noviembre 2022 básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>.
3. Artículo: EL auxiliar Administrativo antes las quejas y reclamaciones. [Internet] [fecha de publicación 19/octubre/2022]: web <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-quejas-reclamaciones/>.

Capítulo 532

EL PERSONAL SUBALTERNO COMO CELADOR DE REFUERZO AL RESTO DE PERSONAL NO SANITARIO. FUNCIONES DEL CELADOR DE REFUERZO

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

Se define la figura del celador de refuerzo como aquel celador que se encuentra a disposición de sus compañeros, jefes de personal subalterno y supervisor de guardia para la realización de actividades asistenciales con el paciente. A los celadores de refuerzo también se les puede conocer como celadores correturnos, es decir, que pueden asumir las funciones del celador de cualquier servicio en cualquier momento.

La organización de los celadores de refuerzo dependerá de la propia organización de cada centro sanitario, por lo que la presencia de un número de celadores de refuerzo dependerá en una institución sanitaria a otra.

Las actuaciones de los celadores de refuerzo se pueden dividir en tres grandes grupos:

1. Funciones realizadas con el paciente. Los celadores de refuerzo tendrán actividades exclusivas al resto de celadores, encargándose de realizar actividades en concreto.
2. Funciones realizadas como auxilio a sus compañeros. Habrá ocasiones en que los celadores tengan que realizar varias tareas a la vez de urgencia y no puede realizarlas una única persona, por lo que el celador llamará al celador de refuerzo para que le ayude.
3. Funciones realizadas como orden directa del jefe de personal subalterno o del supervisor de guardia. En ocasiones será el propio jefe de personal subalterno el encargado de establecer las funciones del celador de refuerzo durante la jornada laboral, muchas de ellas solicitadas por el supervisor de urgencia o por los supervisores de los distintos servicios.

2 Objetivos

- Conocer la clasificación de las funciones desarrolladas por los celadores de refuerzo, teniendo en cuenta la tarea a desarrollar.
- Detallar las funciones realizadas por los celadores de refuerzo como auxilio al resto de personal subalterno.
- Detallar las funciones realizadas por los celadores de refuerzo como orden del jefe de personal subalterno o supervisor de guardia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Funciones realizadas por los celadores de refuerzo como auxilio a sus compañeros.

- Auxiliar al celador de planta durante el aseo diario de los pacientes. Los celadores de refuerzo acudirán a aquellas plantas de hospitalización donde la asistencia sea mayor.
- Auxiliar a los celadores que tengan un exitus en su servicio asignado. El celador de refuerzo bajará al mortuario con las llaves, abrirá y preparará la sala, mientras que viene el celador con el paciente fallecido para transferirlo al túmulo o a la cámara frigorífica.

Funciones realizadas exclusivamente por el celador de refuerzo.

- Trasladar a pruebas específicas a los pacientes ingresados (PET-TAC, electrocardiogramas...)
- Realizar los ingresos programados. El celador de refuerzo trasladará desde el servicio de admisión hasta la planta donde se le ha asignado habitación al paciente que ingresa de manera programada.

Funciones realizadas por los celadores de refuerzo como orden directa del jefe de personal subalterno o del supervisor de guardia.

Los jefes de personal subalterno coordinan las actuaciones solicitadas por cada uno de los supervisores de los servicios existentes en la institución sanitaria, dando prioridad a aquellas actuaciones que requieren de mayor urgencia, y dejando para el final las de menor urgencias. Es por ello, que el jefe de personal subalterno ordenará y coordinará a los celadores que se encuentren en el refuerzo, detallando las funciones que deben realizar durante la jornada laboral.

Del mismo modo, los jefes de personal subalterno deberán coordinarse con el resto de los servicios de la institución sanitaria cuando sea necesario el traslado de un servicio a otra localización física del centro sanitario, puesto que el traslado será realizado por el refuerzo de los celadores, y se requerirá la presencia de un mayor número de celadores en el refuerzo cuando se produzcan dichos traslados. En ausencia del jefe de personal subalterno, será el supervisor de guardia el jefe directo del cuerpo de celadores, por lo que ante la necesidad de cualquier actuación de manera urgente deberá ser gestionada por dicho supervisor, ordenando a los celadores de refuerzo la realización de dichas actuaciones.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno como celador de refuerzo al resto de personal no sanitario. Funciones del celador de refuerzo” nos demuestra las funciones realizadas por los celadores de refuerzo en los centros sanitarios.

Hay que tener en cuenta que los celadores que se encuentren en el refuerzo deberán priorizar unas actuaciones a otras, puesto que en numerosas ocasiones se les requiere para realizar múltiples acciones a la vez, y deberán realizar en primera instancia en las que el paciente no pueda esperar, o las que sea solicitada de manera directa por el jefe de personal subalterno o por los supervisores de urgencias del centro sanitario.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 533

FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

Se entiende como paciente intervenido quirúrgicamente aquel paciente al que se le ha realizado una operación dentro del bloque quirúrgico. Esta intervención ha podido realizarse a través de dos vías:

- Intervención quirúrgica de urgencias.

Se produce cuando el paciente acude al servicio de urgencias con dolencias y tras el diagnóstico clínico entre el médico de urgencias y el médico especialista en cirugía, determinan la intervención de urgencia del paciente.

Ante la sospecha de una posible intervención, a dicho paciente no se le permitirá la ingesta de alimentos o bebidas hasta el diagnóstico final de la causa de sus dolencias, por si fuese necesario intervenir al paciente urgentemente.

- Intervención quirúrgica programada.

Se produce cuando el paciente acude a consulta del médico especialista y este le programa una intervención quirúrgica para los próximos días o semanas. La realización de la intervención en una fecha u otra dependerá del tipo de urgencia de la intervención quirúrgica.

A los pacientes que acuden al bloque quirúrgico de forma programada, se les realizará previamente las pruebas de anestesia.

Una vez el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente mediante alguna de estas dos vías, es ingresado en la planta de hospitalización de cirugía, donde recibirá los cuidados oportunos por parte del personal sanitario y no sanitario.

2 Objetivos

- Conocer las dos vías por las cuales puede ser intervenido un paciente.
- Detallar las funciones realizadas por los celadores adscritos a la planta de cirugía de un centro hospitalario con los pacientes intervenidos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones realizadas por el celador adscrito a la planta de cirugía de un centro hospitalario pueden clasificarse en dos grandes grupos, los cuales se caracterizan por la atención realizada en cada uno de ellos.

Funciones del celador con el paciente intervenido quirúrgicamente.

La actuación del celador con el paciente intervenido quirúrgicamente se centrará en dos funciones, principalmente, por un lado, la movilización del paciente dentro de la unidad y, por otro lado, el traslado de un paciente dentro y fuera de la unidad.

- Movilización del paciente intervenido quirúrgicamente.

Por norma general, la mayoría de los pacientes que son intervenidos presentan una movilización activa, por lo que no requiere de una movilización exclusiva por parte del celador, sin embargo, las dolencias que presentan estos pacientes tras la

operación requieren de una ayuda mínima que le permite al paciente movilizarse de manera más autónoma con la ayuda necesaria.

En el caso de que el paciente presente una movilización más pasiva, las funciones del celador en relación con la movilización del paciente son: o Aseo diario del paciente intervenido que no puede asearse por el mismo. o Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a levantar al paciente desde la cama, al sillón o a la silla, según las indicaciones prescritas del médico cirujano Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a acostar al paciente desde el sillón o silla hasta la cama, según las indicaciones prescritas del médico cirujano. o Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la deambulación con el paciente por los pasillos de la planta de cirugía.

- Traslado del paciente intervenido quirúrgicamente.

El traslado de los pacientes es función exclusiva del celador, pudiendo realizarse en silla de ruedas o en la cama hospitalaria del propio paciente. Bajo ningún concepto se realizará el traslado de un paciente intervenido quirúrgicamente a pie, puesto que el paciente puede presentar debilidad, mareo, malestar durante la deambulación y puede desmayarse durante el traslado.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en la planta de hospitalización de cirugía. Funciones del personal subalterno con el paciente intervenido quirúrgicamente” nos demuestra las funciones desarrolladas en la planta de hospitalización con el paciente intervenido. Durante el desarrollo de las actuaciones con el paciente intervenido, el celador deberá tener en cuenta el tipo de intervención de cada paciente, puesto que su actuación dependerá de ello. Es importante que el celador adscrito a la planta de cirugía de un centro hospitalario conozca los principios básicos de movilización y traslado de los pacientes intervenidos, puesto que serán las actuaciones principales que realice el celador con este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- 1.Castilla-La Mancha, SESCO. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- 2.GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013.

3.Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.

4.Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 534

EL ALMACÉN GENERAL DEL CENTRO HOSPITALARIO. FUNCIONES DEL CELADOR ADSCRITO AL ALMACÉN GENERAL DE UN HOSPITAL

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

Se entiende como almacén general a la localización física donde se encuentra ubicado el servicio encargado de proporcionar material sanitario y no sanitario al resto de los servicios del centro hospitalario.

Este almacén se deberá encontrar en un lugar anexo al hospital general, el cual permita el acceso fácil de los transportistas que traigan el material, y un acceso interior que permita a los celadores a distribuir el material por el resto de los servicios del centro sanitario.

Dentro del almacén general desempeña su actividad profesional dos categorías profesionales que trabajarán de manera conjunta y coordinada para abastecer de

material sanitario y no sanitario no solo al centro hospitalario, sino a los centros sanitarios adscritos al hospital general (centros de salud, consultorios locales, residencias públicas).

Las categorías profesionales que participan en el almacén son:

- Auxiliar administrativo, encargado de controlar el stock del almacén y de realizar los pedidos a los diferentes proveedores.
- Celador, encargado de recepcionar, colocar y distribuir el material dentro y fuera del almacén.

Es importante destacar que el celador que desempeña su actividad profesional en el almacén del hospital no se encuentra en contacto directo con el paciente, puesto que su principal actuación se centrará exclusivamente dentro del propio almacén y por los almacenes del resto de servicios, a la hora de colocar el material solicitado.

2 Objetivos

- Definir el concepto de almacén general de un centro hospitalario.
- Detallar los diferentes puestos de trabajo dentro del almacén general de un centro hospitalario.
- Enumerar las funciones realizadas por los celadores en cada área dentro del almacén hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro del propio almacén se encontrará diversas áreas diferenciadas por las funciones realizadas en cada una de ellas, es por ello, por lo que se necesitará celadores para las diferentes áreas encontradas dentro del almacén.

A continuación, se detallarán las diversas áreas y las funciones realizadas en cada una de ellas.

Área de recepción de mercancía.

Es la zona de carga y descarga de mercancías, ubicada en la zona más cercana al exterior y, por lo tanto, la más alejada al centro hospitalario.

En esta área se realizarán tres funciones principalmente:

- Recepcionar la mercancía a los diferentes transportistas.
- Descargar la mercancía de los diferentes camiones.
- Cargar las furgonetas mediante las cuales serán trasladado el material solicitado por los diferentes centros de salud, consultorio o residencias públicas.

El número de celadores en esta área dependerá del número de transportistas y de la cantidad de mercancía descargada.

Área de colocación de mercancía.

En esta área se colocará la mercancía recibida en los lugares establecidos para ello.

Es importante una correcta colocación del material recibido para facilitar el resto de funciones de celadores, especialmente, las funciones de los celadores que se encarguen de preparar los pedidos de material sanitario y no sanitario.

El número de celadores en esta área dependerá de la cantidad de mercancía que deba ser colocada dentro de ella.

Área de preparación de mercancía.

En esta área se encargarán de preparar los pedidos de material solicitados por los supervisores de cada servicio sanitario.

El número de celadores en esta área dependerá del número de servicios y de la cantidad de pedidos solicitados por cada uno de ellos.

Área de distribución de mercancía.

El número de celadores en esta área dependerá del número de pedidos realizados por cada servicio del centro hospitalario, su función se centrará en repartir el material preparado anteriormente y colocarlo en los almacenes de cada servicio.

Área de secretaría y oficina.

Es la única zona del almacén donde desempeña su actividad profesional los auxiliares administrativos, puesto que será el lugar desde el cual se controle el stock del almacén y donde se solicite el nuevo material.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El almacén general del centro hospitalario. Funciones del celador adscrito al almacén general de un hospital” nos demuestra las funciones realizadas por los celadores adscritos al servicio de almacén.

En la mayoría de las ocasiones, los celadores que desempeñan su actuación en los almacenes de los centros sanitarios movilizan cajas de gran volumen y peso, por lo que es importante que la dirección del centro sanitario proporcione a este personal unos cursos sobre salud laboral donde aprendan a realizar una correcta ergonomía corporal durante la ejecución de sus funciones en el almacén.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 535

OBJETIVOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO O PACIENTE Y EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS QUE ATIENDEN EL SERVICIO

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

1 Introducción

La protección de la salud es uno de los pilares del Estado del bienestar español, y así lo reconoce el artículo 43 de la Constitución Española, a la vez que efectúa un mandato a los Poderes Públicos para que ordenen y tutelen la salud pública estableciendo con medidas legislativas la promoción y la protección de la salud y los derechos y deberes de todos los ciudadanos. Una de estas medidas es la atención al paciente y su desarrollo normativo se puede apreciar específicamente en

la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece los principios generales que rigen el ejercicio de los derechos de los pacientes, entre ellos a la información. Además, existen otras normas previas y posteriores que complementan esta ley, como la Ley General de Sanidad de 1986, que en su artículo 10 establece los derechos y deberes fundamentales del paciente; la Ley General de Salud Pública, que reconoce en su artículo 3 el derecho de los ciudadanos a recibir información sobre los riesgos para la salud y las medidas de prevención y protección o el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que establece el derecho a recibir información sobre los servicios y prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Como respuesta a esta normativa y dentro del entorno de la sanidad pública española, los servicios de atención al usuario o al paciente se configuran como la herramienta fundamental de la que el Sistema Nacional de Salud se dota y pone a disposición de todos los ciudadanos para facilitar cualquier tipo de información, tanto administrativa como asistencial y prestar ayuda en la resolución de dudas, así como tramitar, gestionar y analizar las solicitudes, las quejas, las reclamaciones o las sugerencias propuestas emitidas por los ciudadanos. Desde este servicio también se vela y se trata todo lo relacionado con los derechos y los deberes de los usuarios en el ámbito sanitario.

Una de las principales funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos es la atención al paciente, que puede darse de manera presencial o telefónicamente, por eso es fundamental que conozca los objetivos principales de los servicios de atención al usuario o paciente y las funciones específicas que él mismo debe desarrollar en este servicio.

2 Objetivos

- Exponer y analizar la misión y los objetivos de los servicios de atención al paciente o usuario de los centros sanitarios.
- Describir las principales funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos que desempeñan su labor en los servicios de atención al paciente de los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “atención al paciente” o “auxiliares administrativos y la atención al paciente”.

4 Resultados

La misión de la atención al paciente o al usuario es la de garantizar que los usuarios y pacientes de los centros sanitarios reciban una atención integral, respetuosa y de calidad, con el fin de su consecución se establecen los siguientes objetivos:

- Informar a los pacientes o usuarios: Uno de los objetivos fundamentales de la atención al usuario es proporcionar información clara y precisa sobre los servicios asistenciales como los procedimientos médicos, los tratamientos o las opciones de atención. También sobre cuestiones de organización, sus derechos y deberes, sobre gestiones, etc. Los usuarios deben estar informados para tener la capacidad de tomar decisiones informadas sobre todo lo que rodea a su salud.
- Orientar a pacientes o usuarios cuando acudan o ingresen en un centro sanitario: Es esencial que cuando los usuarios acudan a un centro de salud o ingresan en un hospital, el personal de atención al paciente los guíe hacia las áreas correctas, ofrezca información sobre temas como los horarios y, en general, ayudarlos a comprender los pasos a seguir en su relación con el establecimiento.
- Organizar y establecer las normas del centro sanitario: Tiene que ver con la creación de protocolos de atención, las políticas de seguridad y de privacidad, horarios de asistencias, de visitas... en general, establecer normativas internas que contribuyan a una asistencia más eficiente y correctamente organizada.
- Cuidar de que las normas y los derechos se cumplan: Desde los servicios de atención al paciente deben garantizar que las normas del centro sanitario se cumplan, asegurándose, a la vez, de que derechos del usuario, como la intimidad, la privacidad, el consentimiento informado o el derecho a una atención digna, se respeten siempre.
- Asistir en la solicitud de documentación clínica: En ocasiones, los usuarios, necesitan acceder a su documentación clínica, como la historia clínica, informes o pruebas y diagnósticos. Los profesionales de este servicio pueden desempeñar

un papel fundamental ayudando en este proceso.

- Asistir y orientar a los usuarios en la resolución de problemas: Ante problemas, dudas o incidencias desde este servicio se ofrece orientación y asistencia al usuario para encontrar soluciones adecuadas, proporcionando información sobre el acceso al servicio, cómo presentar quejas o la forma de comunicarse con los equipos sanitarios.
- Atender, tramitar y gestionar las quejas, las reclamaciones o las sugerencias de los usuarios: Este es uno de los objetivos más importantes de la atención al usuario sin olvidar que, además, sirve como oportunidad de mejorar el servicio.
- Gestionar las encuestas de satisfacción del usuario: Recabar y extraer información sobre las opiniones de los usuarios sirve de base, junto al punto anterior, para mejorar la calidad de los servicios prestados por el establecimiento, por ello es fundamental su cumplimentación por el usuario.

El auxiliar administrativo se configura como el personal de referencia en los servicios de atención al paciente mediante el desarrollo de sus funciones, en las que se incluyen:

- La atención y el asesoramiento a los usuarios y pacientes procurando información y orientación sobre los servicios del establecimiento, sus derechos y sus obligaciones.
- La recepción y la atención a los pacientes y usuarios, recibéndolos y asistiéndolos a partir de un trato respetuoso y amable.
- La recepción, tramitación y el seguimiento de las sugerencias, las quejas y las reclamaciones de los usuarios, orientándolos sobre los procedimientos a seguir.
- La realización de tareas administrativas asociadas a las funciones desempeñadas por el servicio. asistenciales propias de la institución, como la gestión de documentos y trámites.
- La colaboración para mejorar la calidad de los servicios prestados proporcionando los datos y la información necesaria para una correcta evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de atención al usuario o paciente del sistema sanitarios español cumplen un papel fundamental al procurar información, asistencia y resolución de dudas o problemas al usuario, garantizando una atención personal y gran calidad. Los objetivos principales de la atención al paciente se enfocan a orientar y proporcionar información clara y precisa sobre servicios médicos, gestiones y trámites administrativos y derechos y deberes de los usuarios, además de fun-

cionar como intermediario en la resolución de problemas, en la recopilación de opiniones de usuarios y en la tramitación de quejas. El propósito siempre será la mejora continua de la calidad en la atención.

El auxiliar administrativo desempeña un papel muy relevante en estos servicios al configurarse como el personal de referencia siendo el profesional al que el usuario se dirige en primera instancia y, en línea con el servicio su objetivo será la de garantizar atención integral y de calidad al paciente, a través del desarrollo de sus funciones que, básicamente, son brindar en información, orientación y asistencia al usuario o paciente.

6 Bibliografía

1. Vive. La importancia de los servicios de atención al paciente [Internet]. UNIR. 2022 [citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/servicios-atencion-paciente/>.
2. El auxiliar administrativo y su función en la atención al paciente [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2022 [citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/auxiliar-administrativo-funcion-atencion-paciente/>.
3. de Enfermería Ocronos RM y. El auxiliar administrativo y la atención al paciente en Atención Primaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-paciente-atencion-primaria/>.
4. INAP. Servicios de Atención e Información al Paciente. [citado el 24 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://laadministracionaldia.inap.es/noticia.asp?id=1104555>.

Capítulo 536

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL LABORATORIO

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

ALBA ROMERO PARADA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

El celador es un miembro del personal de los servicios de salud, y como tal, su marco legal necesitaba ser actualizado y ajustado. El estatuto preconstitucional de 1971 rige las funciones de un celador.

Cuando se construye un nuevo hospital, el servicio de laboratorio se considera uno de los departamentos más vitales porque recibe muestras de todo tipo para su análisis. Debido al crecimiento de este servicio, ahora ocupa una posición de liderazgo en la medicina.

Los laboratorios se utilizan para investigar una variedad de metodologías, que incluyen inmunología, microbiología, hematología, etc.

Los protocolos establecidos de cada hospital o clínica requieren que los celadores realicen un conjunto específico de funciones. Por ello, necesitan estar preparados para llevar a cabo cualquier tarea que se les solicite cuando sus superiores les den la orden. El trabajo de un celador es fundamental para el buen funcionamiento

de los servicios. Aunque los servicios de un celador pueden cubrir una amplia gama de temas, todos son esenciales para la expansión constante y el buen funcionamiento de los hospitales.

El celador es un miembro fundamental del personal para el correcto desempeño de cada una de sus funciones y responsabilidades dentro del servicio de laboratorio, las cuales son fundamentales para el correcto y eficaz funcionamiento de un hospital.

2 Objetivos

-Detallar las funciones de un celador dentro del servicio de laboratorio de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Estos son las funciones de un celador:

- A primera hora de la mañana: Descarga muestras desde quirófano y endoscopia a patología. Luego esperan en el área de extracción para las consultas de hematología y Sintrom. Son los encargados de bajar las muestras de estos al laboratorio de allí.
- Los pacientes de la consulta de hematología son trasladados hasta el hospital de día. En la mayoría de los casos, el paciente recibe un tratamiento para llevar a casa. En este caso lo sacan de la farmacia, lo pegan y se lo entregan en el hospital de día donde se conserva en nevera y el paciente lo solicita a su salida.
- Descargar la medicación de la farmacia cuando se lo pidan. La enfermera lo recibe.
- Si se les pide realizar una biopsia intraoperatoria en quirófano, prima sobre todo lo demás. En cuanto lo tengan todos, Anatomía Patológica los descargará.

- Tomar los pedidos del almacén y distribuirlos a los distintos laboratorios (anatomía patológica, microbiología, hematología y bioquímica).
- Transferir los pedidos del banco de sangre desde la farmacia.
- Llevar los componentes a mantenimiento.
- Dado que es necesario entregar una copia al supervisor, se debe realizar una fotocopia de la orden de suministro a la que nos referimos.
- Cuando llamen a un celador, recogerá muestras de neumología y otorrinolaringología.
- En quirófano, empezará a recoger las muestras para anatomía patológica.
- Los resultados de la biopsia deben clasificarse de la siguiente manera: Ginecología, Planificación Familiar y Obstetricia: Secretaria de Ginecología. Estos informes se recogen en la secretaría de anatomía patológica. Secretaría de las secciones de urología y otorrinolaringología. Traumatología: Secretaría de Trauma. Secretaria de Medicina Interna: Neumología. Secretaria de Cirugía: Digestivo y cirugía. Endocrinología: hablar con el médico adecuado. RX: Secretario de RX (designando al profesional médico correspondiente). Digestivas: si son de endoscopias, siguen en las endoscopias.
- Si los médicos de urgencias tienen algún informe, lo envían por tubo neumático a urgencias.
- Los instrumentos son recogidos y esterilizados. Comenzando en la sala de emergencias, continúe con las plantas restantes, omitiendo Parto y Psiquiatría. El área de esterilización es donde se guardan todos los instrumentos no estériles.
- Llevar las muestras endoscópicas para el estudio en anatomía patológica.
- El celador llevará el correo a los distintos laboratorios.
- Se toman muestras del quirófano para patología, y se llevan los lentes otorrinolaringológicos y el equipo de endoscopia para su esterilización.
- Hacer que la secretaria de administración reciba sus facturas y otros trámites.
- Después de que se les notifique a un celador, deben enviar por fax una solicitud de sangre al Centro Comunitario.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores tienen un rol específico que se establece en cada centro de salud, pero deben estar preparados para asumir responsabilidades adicionales que les asignen sus superiores. Cada servicio necesita su trabajo para funcionar sin problemas.

En términos de contenido, los deberes del celador pueden variar mucho, pero todos son cruciales para el crecimiento y el funcionamiento diario de un centro

hospitalario.

El celador es un miembro fundamental del personal para el correcto desempeño de cada una de sus funciones y responsabilidades dentro del servicio de laboratorio, las cuales son fundamentales para el correcto y eficaz funcionamiento de un hospital

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 537

EL CELADOR Y SU FUNCION EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

ALBA ROMERO PARADA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Los pacientes que sufren en la etapa terminal reciben cuidados paliativos para mejorar su calidad de vida y al mismo tiempo ayudar a sus familias.

Debido a que la comunicación no verbal es tan importante como la comunicación verbal, el papel del celador es crucial. Debe tener empatía por la situación crítica del paciente así como por su entorno inmediato y cercano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que el enfermo terminal debe afrontar esta situación manteniendo la mayor calidad de vida posible, lo que implica negar y prevenir el dolor en las etapas finales de la vida.

La esperanza de vida de estos pacientes normalmente no supera los seis meses, por lo que uno de los principales estándares a seguir es hacer todo lo posible para mantenerlos cómodos y en compañía de su familia.

En este escenario, las funciones del celador serían las siguientes:

- Brindar comodidad al paciente.

- Atender las necesidades de la familia.
- Ayudar al personal médico con los ajustes posturales para prevenir las úlceras por presión.
- Trabajar con el personal médico para asegurar la correcta higiene del paciente.
- Para ofrecer apoyo emocional, escuche atenta y pacientemente.
- Abstenerse de permitir que las exigencias del paciente o de su familia le hagan perder la paciencia o el control.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades de un celador y los factores fundamentales que debe considerar al brindar cuidados paliativos a los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para los pacientes con enfermedades terminales, el objetivo principal es mantener la comodidad y una alta calidad de vida en lugar de curar su enfermedad. Para ello, se deben tener en cuenta las siguientes reglas:

- El paciente debe estar limpio para que mantenga su dignidad durante todo el procedimiento.
- Necesita atención individualizada para su bienestar físico, emocional y, en este caso, espiritual.
- La comodidad y el bienestar del paciente deben ir de la mano de un entorno agradable.
- Para poder dar este apoyo ante esta nueva situación crítica, se desarrollará la autonomía del paciente hasta las fases en las que sea más dependiente.
- Apoyo psicológico a la familia, que debe aceptar y comprender esta nueva etapa de la enfermedad.

El celador debe brindar una variedad de cuidados constantemente, trabajando bajo la supervisión del equipo para garantizar y asegurar la comodidad y el bienestar del paciente terminal para que la atención sea efectiva. Por ello, la preparación del celador en estas situaciones es crucial porque estará capaz de observar, percibir y conservar esa tranquilidad en el paciente y en su entorno inmediato.

Dado que el miedo y la ansiedad impregnarán casi todos los aspectos de esta nueva etapa, debemos tener cuidado de no reaccionar a la defensiva o participar en debates acalorados cuando el paciente o su familia expresen sus preocupaciones.

Nadie está nunca preparado para enfrentarse a la muerte, por lo que el viaje que emprenden el paciente terminal y su familia debe ser lo más tranquilo y cómodo posible. Es crucial que el personal médico y el personal de la sala brinden esta asistencia siendo lo más comprensivos posible.

Dado que se requerirán ajustes posturales para evitar la formación de úlceras por presión en el paciente encamado o si aún puede estar sentado en un sillón, ayudará a la comodidad y el bienestar del paciente, el papel del celador en estas circunstancias es crucial.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de lograr una muerte digna para el enfermo terminal debe ser interiorizada en todo momento. Como resultado, el equipo médico y el celador deben tener en cuenta las señales tanto verbales como no verbales de la familia del paciente cuando brinden atención, ya que estas últimas suelen pasarse por alto sin apreciar lo difícil que es tanto para el paciente como para la familia mientras observan el tiempo pasa. Para ello se debe brindar apoyo ante el aislamiento de la enfermedad y el proceso desafiante ante lo inevitable.

Las posiciones en las que se coloca al paciente deben ser tan importantes como vigilarlo en todo momento, asegurarse de que esté limpio y cómodo, y que su piel esté hidratada y se controlen sus constantes, para que no cause más dolor. Cuidar mucho que tanto la ropa que usas como la ropa de cama esté libre de arrugas y bien estirada para que tu comodidad sea real en cada cambio postural, así como la colocación de almohadas en caso de que lo necesites.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 538

LAS ACTUACIONES DE UN CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

ALBA ROMERO PARADA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Las instalaciones de tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados a nivel hospitalario se denominan unidades psiquiátricas. Es necesario haber superado ya las limitaciones del diagnóstico y tratamiento en atención primaria para llegar a ellas. Mencionaremos el aislamiento y un sinnúmero de otras conductas que ponen en peligro la integridad física del paciente, así como la de su entorno, como motivos más extendidos de ingreso hospitalario.

Debido a que el celador es responsable de velar por la integridad del paciente y de los demás, debe estar bien preparado para tratar cualquier problema que pueda surgir con el paciente y forjar un vínculo entre ellos que será extremadamente beneficioso para ambas partes.

Las condiciones psiquiátricas agudas y crónicas, los trastornos de la percepción, los trastornos de la memoria y los trastornos de la conciencia son las diferentes categorías de enfermedades psiquiátricas.

Las enfermedades agudas pueden incluir manía, episodios maníacos, psiconeurosis emocional, depresión, psicosis delirante aguda, delirio y psicosis del sueño confuso.

Por otro lado, podemos clasificar la perversión sexual, las enfermedades crónicas como la esquizofrenia, la demencia, la paranoia y la oligofrenia, así como las neurosis (ya sean agonizantes, fóbicas, obsesivas o histéricas). Las ilusiones, las alucinaciones y las pseudoalucinaciones se clasifican en trastornos de la percepción. Finalmente, el coma, el delirio, la somnolencia y la amnesia son trastornos de la conciencia. La amnesia y la paramnesia son trastornos de la memoria.

2 Objetivos

Enumerar las funciones que desempeña el celador dentro de la Unidad de Psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática consultando diversas bases de datos como Medline, Scielo y Embase, así como páginas web y libros referentes con el tema. Así como en buscadores de internet.

4 Resultados

Son funciones del celador de la Unidad de Psiquiatría:

- Vigilar la puerta de acceso a la unidad y regular las entradas y salidas, impidiendo el ingreso de personas ajenas a las autorizadas y cuidando de no introducir bebidas, alimentos y otros elementos que puedan ser peligrosos o no permitidos.
- Cuidar bien el entorno de los pacientes bajando las persianas por la noche y subiéndolas por la mañana.
- Vigilar el tiempo de permanencia de los visitantes y familiares en las habitaciones de los pacientes y en las áreas comunes para prevenir cualquier comportamiento que pueda poner en peligro al paciente o perturbar la tranquilidad del establecimiento.
- Asistir a los pacientes que lo necesiten en su higiene personal, siempre con el objetivo de fomentar su autonomía y enfatizando la importancia de mantener las uñas cortas para evitar daños a sí mismos o a los demás.

- Vigilar a los pacientes que no quieren limpiarse para que lo hagan.
- Trabajar en conjunto con los demás miembros del personal para asegurar que los pacientes no alteren la ropa y otros artículos propiedad de la Unidad, evitando su depreciación.
- Colaborar con el personal médico para mantener la calma y el orden en el comedor, prestando especial atención a la cubertería y vajilla, aunque sean de plástico. Se vigilarán cuidadosamente las cantidades consumidas y se mantendrá un estricto horario de alimentación en casos de depresión profunda, anorexia y/o bulimia. Los pacientes serán observados de cerca durante el período posprandial (el tiempo después de comer) para evitar que se induzca el vómito.
- Reabastecer la farmacia agotada recolectando medicamentos recetados y otros productos de la farmacia.
- Transportar el mobiliario o equipo necesario al lugar apropiado.
- Tramitar cualquier correspondencia o documento verbal o escrito que sus superiores les encomienden.
- Pasear por los jardines junto al Centro de Salud con pacientes y resto del personal sanitario.
- Si no se dispone de un compañero específico para estas funciones, trasladar a los pacientes a las Unidades y Consultas del Centro según sea necesario.
- Vigilar la paz y la armonía del paciente.
- Asistir a los profesionales médicos con la administración de inyectables y el cuidado de pacientes incapaces que no cooperan.
- Trabajar con otros profesionales de la Unidad para ayudar a calmar a los pacientes agitados ayudando al personal médico a sujetar a los pacientes que requieren restricciones mecánicas.
- Gestionar el flujo de tabaco a los pacientes a los que se les permite usarlo para el tratamiento.
- No discutirán diagnósticos, exámenes o tratamientos con los familiares o visitantes de los pacientes, y no podrán mencionar en absoluto el pronóstico de la enfermedad.
- No realizarán tareas fuera de su ámbito por temor a ser acusados de asumir funciones indebidamente e interferir en el trabajo de los demás.

5 Discusión-Conclusión

Dado que la mayoría de los pacientes de la Unidad de Psiquiatría padecen enfermedades mentales y con frecuencia no son conscientes, es importante que los

celadores asignados a esta unidad tengan un gran conocimiento sobre cómo desempeñar sus funciones, por ejemplo de lo que están haciendo, algunos de los cuales pueden incluso ser violentos. Debido a todos estos factores, el celador debe ser especialmente paciente para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

Debido a que el celador es responsable de velar por la integridad del paciente y de los demás, debe estar bien preparado para tratar cualquier problema que pueda surgir con el paciente y forjar un vínculo entre ellos que será extremadamente beneficioso para ambas partes.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP.
2. www.discapacidad-cantabria.info.
3. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.

Capítulo 539

RECORRIDO NORMATIVO SOBRE EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA RESPONSABILIDAD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTA MATERIA

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

1 Introducción

El derecho a la protección de datos es un derecho contemplado por la Constitución Española de 1978 que en primer punto de su artículo 18 garantiza el derecho de los ciudadanos al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y en este mismo artículo, en su punto cuarto, establece un mandato a los Poderes Públicos a legislar limitando el uso de la informática de manera que se garantice el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y que se le permita el ejercicio de sus derechos para que sean garantizados. El constituyente subraya

la importancia de este mandato situándolo en el Título I “De los derechos y deberes fundamentales” que precisa para su desarrollo de leyes orgánicas, lo que requiere consenso especial parlamentario al exigirse una mayoría absoluta del Congreso para cualquier aprobación, modificación o derogación de estas leyes.

Como primera respuesta a este mandato, en España se aprueba la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, que será derogada por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, aun en vigor en aquellos aspectos en los que no se oponga o contradiga a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, (LOPDGDD.) que actualiza la legislación española al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD).

Tanto la LOPDGDD como el RGPD van a hacer referencia en su articulado a la importancia de la sensibilidad de los datos sanitarios y a la forma en que estos deben ser tratados, por ello es fundamental que, en el entorno del sistema sanitario en España, en el que el papel del auxiliar administrativo es un elemento fundamental en la gestión de la información, este profesional tenga un profundo conocimiento de la normativa y asuma la responsabilidad en lo que respecta a la protección de datos y de la información que maneja sin olvidar que en el ámbito sanitario la confidencialidad es primordial.

2 Objetivos

- Describir la evolución de la legislación española sobre la protección de datos en el ámbito sanitario desde la Constitución Española de 1978 y su importancia.
- Exponer las responsabilidades de los auxiliares administrativos en el entorno sanitario en relación con la protección de datos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “protección de datos ámbito sanitario”

“auxiliar administrativo y protección de datos” o “auxiliar administrativo sanitario y protección de datos”.

4 Resultados

Dentro del ámbito sanitario en España, el auxiliar administrativo es un profesional que mantiene un estrecho contacto con todo tipo de información. Sin embargo, este contacto también supone una responsabilidad muy importante en lo que se refiere a la protección de datos personales, sobre todo, si se tiene en cuenta que en el ámbito sanitario la confidencialidad es primordial. El auxiliar administrativo desempeña tareas como la recepción, el registro y la organización de buena parte de la información en centros de salud y hospitales. Tienen acceso a numerosos datos relacionados con la salud de los pacientes, citaciones, manejo de historias clínicas o facturación. Esta posición laboral les otorga un acceso imprescindible a datos personales altamente sensibles, lo que provoca que la protección de la privacidad sea una responsabilidad ineludible.

En España, el marco normativo del derecho a la protección de datos, en el que destaca el Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, establece directrices muy claras para salvaguardar el derecho a la privacidad de los pacientes en el ámbito sanitario por lo que es necesario hacer referencia a distintos puntos.

Uno de puntos a destacar es el consentimiento informado, que se convierte en una pieza fundamental dentro del ámbito sanitario. Los auxiliares administrativos con el resto de los profesionales de la salud deben obtener el consentimiento explícito de los usuarios y de los pacientes antes de recopilar y tratar cualquier dato de carácter médico. Con esto se garantiza que las personas conozcan cómo y para qué se utilizarán sus datos, además de otorgarles el control sobre el quién puede acceder a su información médica.

Otro de los puntos fundamentales es la garantía de confidencialidad y el acceso limitado a la información ante datos e información especialmente sensible. La legislación española exige que los profesionales relacionados con el ámbito sanitario, entre los que forman parte los auxiliares administrativos, mantengan la confidencialidad de la información del paciente, de manera que solo los profesionales autorizados y directamente relacionados con el proceso de atención médica puedan acceder a esta información. Con esta medida se previene la difusión no autorizada de información, además de garantizar la seguridad de los datos y de la información personal de usuarios y pacientes.

En cuanto al ámbito de la investigación médica, es común y necesaria la uti-

lización de información de los pacientes que suponga un avance constante y continuo del conocimiento científico médico. Sin embargo, durante este proceso de avance sistemático, es absolutamente imprescindible el mantenimiento anónimo de los datos de manera que no sea posible la identificación de las personas. La anonimización de los datos permite que la ciencia médica avance manteniendo el derecho a la privacidad de los pacientes afectados.

En un entorno en el que las TICs son omnipresentes, la normativa española presta especial atención a la telemedicina y al uso de la tecnología en sanidad, ya que, si bien estas brindan constantes oportunidades para una asistencia médica más accesible y más eficiente, también supone un ámbito problemático en lo referente a la seguridad de esta información. Es fundamental que las tecnologías usadas para consultas médicas o para el tratamiento de la información en línea cumplan altos estándares de seguridad y garanticen esta seguridad ante la posibilidad de filtraciones o intentos de accesos no autorizados.

El derecho a la protección de datos en el ámbito sanitario en España es primordial en el mandato constitucional de un derecho fundamental de los ciudadanos. La legislación debe ser conocida, reputada y aplicada por todos los profesionales vinculados al ámbito sanitario, entre estos, el auxiliar administrativo, de manera que se garantice este derecho.

5 Discusión-Conclusión

La Constitución Española en 1978, en su articulado, explicita el reconocimiento del derecho a la protección de datos como un derecho fundamental. El mandato establecido por la Constitución ha supuesto un desarrollo normativo que ha culminado con la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, ambas normativas sirven de base y salvaguarda del mantenimiento de la privacidad de usuarios y pacientes en el sector sanitario. El auxiliar administrativo es una pieza fundamental en el tratamiento de información en hospitales y centros de salud, accediendo a datos personales altamente sensibles y confidenciales.

Los auxiliares administrativos, en el desarrollo de sus funciones, manejan los datos y la información de usuarios y pacientes, pero, además, la confianza que estos depositan en ellos. Por ello, los auxiliares administrativos tienen una responsabilidad ineludible a la hora de proteger la confidencialidad y la privacidad de la información médica y sanitaria.

Todos los profesionales vinculados al ámbito sanitario, incluyendo a los auxiliares administrativos, deben aplicar rigurosamente la normativa de protección

de datos, con ello se garantizan los derechos fundamentales de privacidad y confidencialidad de los usuarios y pacientes y, más allá de la obligación legal, se fortalece la confianza y el respeto que debe existir entre la institución sanitaria y el usuario o paciente.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El auxiliar administrativo de los servicios sanitarios y la protección de datos del paciente [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/administrativo-servicios-sanitarios-proteccion-datos-paciente/>.
2. Ocronos R. El tratamiento de los datos por parte del auxiliar administrativo en sanidad. Ley de Protección de Datos [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/tratamiento-datos-administrativo-sanidad/>.
3. Título I. De los derechos y deberes fundamentales - Constitución Española [Internet]. Congreso.es. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=18&tipo=2>.
4. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>.
5. Boe.es. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>.

Capítulo 540

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y EL MANEJO DE LAS HOJAS DE CÁLCULO: LIBREOFFICE CALC

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

1 Introducción

Una hoja de cálculo es una herramienta ofimática que se utiliza para el almacenaje y la organización de información en un área de trabajo que se compone de en cuya confluencia, las celdas, contienen los datos con los que se realizan las operaciones.

Las hojas de cálculo ofrecen la posibilidad de trabajar con una gran cantidad de datos textuales y números, y gracias a sus funcionalidades, se pueden realizar numerosas operaciones de cálculo matemático, estadístico, o financiero. También sirven para realizar análisis de datos o para crear gráficos y tablas. Además, permite la aplicación de formatos que sirven para mejorar organización de la

información y para hacer más llamativa la visualización de la información más relevante.

El manejo de hojas de cálculo es una habilidad fundamental que deben tener los auxiliares administrativos que trabajan en distintos sectores, público o privado, incluyendo a los que desarrollan su labor en el ámbito de la salud. Las hojas de cálculo se utilizan en muchas tareas administrativas, como para la realización de informes o para el control de gastos, permiten realizar cálculos de forma muy eficiente y minimizando las posibilidades de error.

En los temarios de oposiciones para el grupo auxiliar de la función administrativa de los servicios de salud, se incluyen, invariablemente, temas relacionados con el uso de hojas de cálculo, sus utilidades y sus principales funciones en la parte específica.

Las hojas de cálculo más utilizadas son Excel, del entorno de Microsoft Office, y Calc del entorno de LibreOffice.

La principal diferencia es que Excel es un programa propietario, es decir, requiere el uso de una licencia de pago, mientras que Calc es libre, es decir, no requiere el pago de ninguna licencia.

Por otra parte, Calc tiene mayor variedad de opciones, más funciones y admite más hojas de cálculo, mientras que Excel es más intuitivo y más fácil de manejar y ofrece mayor compatibilidad con otros programas.

2 Objetivos

- Definir y analizar qué es una hoja de cálculo, destacando la importancia de su uso y sus funciones más relevantes.
- Exponer la importancia del uso de las hojas de cálculo en el trabajo de auxiliar administrativo que desempeña su trabajo en el Sistema Nacional de Salud y explorar las funciones básicas más relevantes de LibreOffice Calc.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente.

Se han consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “hojas de cálculo” “LibreOffice Calc” o “auxiliar administrativo y LibreOffice Calc”.

4 Resultados

Algunas de las funciones básicas de LibreOffice Calc que el auxiliar administrativo que trabaja en el Sistema Nacional de Salud debe conocer para ser más eficiente en su trabajo son las siguientes:

- Función “SUMA”: Esta función sirve para sumar un rango de valores seleccionados. Por ejemplo, si se introduce en la barra de fórmulas “=SUMA(A1:A10)” Calc devuelve la suma de los valores de las celdas A1 a A10.
- Función “PROMEDIO”: Esta función calcula el promedio de un rango de valores. Por ejemplo, se escribe en la barra de fórmulas “=PROMEDIO(A1:A10)” Calc devuelve el promedio de los valores de las celdas que van desde A1 hasta A10.
- Función “MAX”: Esta función devuelve el valor máximo de un rango de valores. Por ejemplo, si se escribe en la barra de fórmulas “=MAX(A1:A10)” Calc devuelve el valor máximo existente dentro del rango A1 a A10.
- Función “MIN”: Como en el caso anterior, esta función devuelve el valor mínimo de un rango de valores. Por ejemplo, escribiendo “=MIN(A1:A10)” Calc devuelve el valor mínimo existente dentro del rango A1 a A10.
- Función “CONTAR”: Cuenta la cantidad de celdas que contienen valores numéricos en un rango. Por ejemplo, si se escribe en la barra de fórmulas de Calc “=CONTAR(A1:A10)” Calc cuenta las celdas del rango A1 a A10 que contienen valores numéricos.
- Función “SI”: Se trata de una función lógica que realiza una prueba y devuelve un valor expresado si la prueba es verdadera y otro valor expresado si es falsa. Por ejemplo, si se escribe en la barra de fórmulas “=SI(A1>30, ”Aprobado”, ”Suspendido”)” Calc verifica si el valor en A1 es mayor que 30 y devuelve ”Aprobado” si es verdadero, o ”Suspendido” si es falso.
- Función “CONCATENAR”: Une varias cadenas de texto en una sola cadena de texto. Por ejemplo, al escribir “=CONCATENAR(”Hola ”, ”Mundo”)” en la barra de fórmulas, Calc devolvería ”Hola Mundo”.
- Función “HOY”: Devuelve la fecha actual. Por ejemplo, si se escribe en la barra de fórmulas “=HOY()” Calc devuelve la fecha del día actual.
- Función “DÍA”: Extrae el día de una fecha inserta en una celda. Por ejemplo, si se escribe “=DÍA(A1)” en la barra de fórmulas, Calc devolverá el día de la fecha que contiene la celda A1.

- Función “IZQUIERDA”: Extrae un número especificado de caracteres contados desde el inicio de la cadena de texto contenida en la celda de referencia. Por ejemplo, “=IZQUIERDA(A1, 3)” escrito en la barra de fórmulas, extrae los primeros 3 caracteres de la celda A1.

Las funciones de ordenación y filtrado pueden ser muy interesantes cuando se maneja un número grande registros, así como las funciones de búsqueda como “BUSCARV”, “BUSCARH” o “INDICE Y COINCIDIR”.

Otra de las funcionalidades más útiles de las hojas de cálculo, entre ellas Calc, es la utilización de tablas dinámicas, que permiten el análisis de grandes conjuntos de datos de forma muy eficiente, ya que permiten filtrar, resumir y agrupar datos, de manera que la información se muestra de una forma mucho fácil de comprender.

5 Discusión-Conclusión

Una de las herramientas ofimáticas más utilizadas por el auxiliar administrativo que desarrolla su trabajo en el ámbito sanitario son las hojas de cálculo.

Las hojas de cálculo como Calc de Libreoffice, permiten la realización de cálculos de una forma rápida y minimizando las posibilidades de cometer errores, facilitan la organización y el análisis de datos de manera más eficiente, además la información se puede presentar de forma más clara y más comprensible.

El auxiliar administrativo que desarrolla su trabajo en el ámbito sanitario suele trabajar con una gran cantidad de datos numéricos y textuales, conocer el funcionamiento, al menos de las funcionalidades más básicas, de las hojas de cálculo, aligera su trabajo y lo vuelve más eficiente, y eso, en un ámbito como el sanitario en el que el ritmo de realización de tareas puede ser frenético en muchos momentos, resulta esencial.

6 Bibliografía

1. Calc [Internet]. Libreoffice.org. [citado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://documentation.libreoffice.org/es/documentacion-en-espanol/calc/>.
2. Ocronos R. Funciones básicas de Excel para el auxiliar administrativo del servicio de salud [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/excel-auxiliar-administrativo-servicio-salud/amp/>.
3. Cgtsanidadlpa.org. [citado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/administrativo/tema_21.pdf.

Capítulo 541

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

1 Introducción

La figura del auxiliar administrativo en los centros de salud es muy importante, tanto para las funciones que desarrolla relacionadas con su puesto de trabajo, como para acciones de comunicación y ayuda a los pacientes.

En los años anteriores a 1986, para atender la asistencia sanitaria, se crearon los consultorios (donde se prestaba la medicina general y la pediatría) y los ambulatorios (en los cuales se prestaba la medicina especializada sin internamiento) y cuando era necesario el ingreso, se derivaba al enfermo a los hospitales.

Pero poco a poco se va produciendo una gran separación entre la medicina tradicional y la hospitalaria hasta aparecer, en 1986, la Ley 14/1986, General de Sanidad, distinguiendo entre atención primaria y atención especializada. Al mismo tiempo que el sistema hace una separación entre estos dos tipos de atención, se impulsa

la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, disminuyendo los costes sanitarios al evitar el acceso directo a los hospitales.

Así pues, el equipo de atención primaria desarrollará funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia en coordinación con la atención especializada, de acuerdo con las directrices establecidas por los órganos superiores del Sistema sanitario de Castilla La Mancha, según la Ley 8/2000 de Ordenación sanitaria.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo de atención primaria en los centros de salud y conocer la importancia al respecto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de libros. Así mismo se han consultado artículos en las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y leyes.

4 Resultados

La atención primaria constituye el nivel de acceso ordinario de la población al sistema sanitario. Los equipos de atención primaria tienen como ámbito territorial de actuación la zona básica de salud y como localización física principal el centro de salud.

En las zonas rurales, estos centros de salud estarán constituidos por los consultorios locales de varios municipios o de otras instalaciones diferenciadas cuando no exista consultorio local. Los equipos de atención primaria, se desplazan a desarrollar sus funciones a estas estructuras físicas, ya que si no fuera así, no sería una sanidad adecuada a las necesidades de salud de la población.

El equipo de atención primaria, está formado por los médicos de medicina general y pediatría, enfermeros y auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, farmacéuticos, veterinarios y el personal no sanitario preciso para desempeñar tareas de administración, recepción de avisos, información, etc.

Normalmente, los pacientes que más frecuentan los centros de salud es población envejecida, por lo tanto, acudirán al centro a diario. En la mayoría de los casos, esta población suelen estar solos e incluso asisten frecuentemente para poder tener contacto con alguien y sentirse escuchados.

El personal que más atención les puede prestar, es el auxiliar administrativo, puesto que nada más entrar al edificio, será la primera persona que vea. Por ello, este personal, es necesario que se solidarice con este tipo de personas y consiga aumentarles la autoestima y hacer que afronten sus problemas de salud de una manera más positiva. No todas las veces las personas que ocupan estos puestos de trabajo tienen la virtud de ser empáticos y por ello cuando conocemos a alguien caracterizado por esta cualidad, hace que continuemos el día con una sonrisa, lo que a muchos de nuestros mayores les hace tanta falta. Para poder trabajar en un puesto de trabajo de cara al público y especialmente en el ámbito sanitario, se debería exigir un nivel de adecuación al puesto en cuanto a buenos modales y correcta educación en determinados aspectos.

Hay veces que el paciente, por su situación personal, no se comporta de la manera adecuada ante el personal de administración, puesto que es este quien le tiene que realizar los trámites y no siempre estos trámites pueden ser realizados de la manera que al paciente le gustaría. Esto implica una situación de malestar en el paciente y lo paga con dicho personal. Por ello, el personal de la función administrativa ha de tener la suficiente capacidad de aguante para no llegar a una situación descontrolada.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación de estos profesionales en un centro de salud, con los pacientes que llegan al centro, ayuda a aumentar la autoestima de estas personas, así como a sentirse más queridos y acompañados. Por ello, el auxiliar administrativo desarrolla funciones de comunicación y afecto con el paciente y así conseguir además una sanidad de mayor calidad en este aspecto de la vida.

El personal que no sea consciente de la importancia de esta actividad, debería considerar la empatía, porque algún día puede ser él quien esté al otro lado de la perspectiva desarrollada durante este estudio.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986 General de Sanidad.
2. Ley 8/2000 Ordenación sanitaria en Castilla La Mancha.

Capítulo 542

LAS FUNCIONES DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

1 Introducción

Todos los suministros necesarios para la prestación completa de cada servicio se guardan en el almacén sanitario del hospital. Este almacén debe estar integrado por el Departamento de Almacén General y Compras, que es el encargado de dotar a los distintos servicios hospitalarios y centros sanitarios de todos los medios materiales que requieran. Según el Real Decreto 521/1987, de 5 de abril, de Hospitales, el área de suministros está adscrita a la División de Gestión y Servicios Generales, lo que con carácter general implica que está adscrita a la Dirección de Gestión y Servicios Generales, la de compras y suministros.

Estos materiales pueden incluir cosas como alimentos, medicamentos, herramientas, etc., por lo que un almacén sanitario puede tener varios tipos de almacén dependiendo de las características de la mercancía.

El Departamento de Suministros es crucial para el funcionamiento eficaz de la gestión sanitaria.

Una buena gestión del mismo garantizará que todos los elementos necesarios para el correcto funcionamiento del correspondiente hospital o unidad de atención primaria estén siempre a disposición del paciente, requieren en el momento y lugar adecuados, lo que afectará la forma en que los usuarios perciben esas unidades.

Gracias al control que ejercen los auxiliares administrativos, todo esto se evita logrando un control de inventarios y niveles de stock óptimos para alcanzar la excelencia en la logística.

2 Objetivos

- Enumerar y explicar las funciones del auxiliar administrativo a cargo del almacén del hospital.

3 Metodología

Como parte de la investigación para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada.

Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, PubMed, Medline y Scielo, centrándose en elegir trabajos académicos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y relacionados con el contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Cuando el producto llega al almacén, la principal responsabilidad del auxiliar administrativo es recibirlo y verificar que el material es idéntico al que figura en el albarán de entrega del proveedor que lo envió, para lo cual se indicará el número de referencia, el número de unidades y Se comprobará el embalaje. También se comprobará la fecha de caducidad, debiendo estar en perfecto estado.

Luego de realizar esta tarea, se cubrirá la porción diaria del registro de ingreso, en la cual se anotará el nombre del proveedor, el material en cuestión, la cantidad recibida, la fecha de vencimiento y si el material requiere frío (entre 0 y 15°C aproximadamente) ser grabado.

Se colocará en el refrigerador, se mantendrá en el congelador si la temperatura adecuada es (-0° C) y se notificará a los suministros para comenzar a recibirlo.

Si todo está en orden se le dará el visto bueno. Las anomalías, por otro lado, se anotan en la sección de Observaciones si se ven.

Si todo está en orden, el departamento de Suministros da el visto bueno y registra el código del producto y su destino, que puede ser un almacén si el producto es almacenable o cualquier servicio del barrio si no lo es.

Si hay alguna incidencia o si no queda satisfecho, se deja constancia en las observaciones sección y se contacta al proveedor para solucionar el problema o proceder con la devolución del material.

Cuando un producto recibe el visto bueno, se etiqueta con un código para posteriormente almacenarlo en el almacén. Se debe tener en cuenta la fecha de caducidad, teniendo a mano el producto con la fecha de caducidad más cercana.

Si la mercancía recibida no puede almacenarse, se distribuirá al servicio que realizó la solicitud, anotándose en el libro de distribución la información correspondiente (es decir, tipo de mercancía, cantidad de bultos entregados, fecha, etc.).

Sin embargo, si el producto puede almacenarse, se distribuye de acuerdo con la información de entrega de insumos, la cual debe incluir el servicio que lo solicita, así como el nombre, código, cantidad y ubicación del material solicitado.

El proceso de inventario comienza tan pronto como se compran o solicitan los productos. Normalmente, el almacén estará gestionado por un software, que se encarga de gestionar lo que se conoce como inventario permanente. Este inventario es el que sabe siempre cuántas unidades de cada producto hay y dónde se encuentran en el almacén. Con la ayuda de este sistema electrónico de gestión de almacenes, los pedidos se pueden realizar con antelación, lo que ayuda a conservar espacio y realizar estadísticas.

Con la ayuda de toda esta información podremos mantener un perfecto control sobre las cantidades de cada producto que tenemos en almacén de cada producto, además nos permite saber siempre cuándo caducará el mismo. El inventario se define como una lista completa y valorada de las existencias presentes en un almacén en un momento determinado. Hay dos métodos para reflejar las acciones:

- Un inventario físico que cuente las existencias.
- Un sistema de inventario perpetuo que realiza un seguimiento de todos los movimientos de stock que entran y salen del almacén.

Las técnicas más populares para valorar un inventario son:

- El método FIFO (first in, first out) da el valor de la primera unidad que entró al almacén a la unidad que sale, es decir, el stock que sale es el más antiguo.
- El método LIFO (última entrada, primera salida) da el valor de la unidad más

reciente a la que sale, convirtiéndola en la unidad más nueva. Las unidades que entran o salen se valoran utilizando el precio promedio del método simple o ponderado.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para el desarrollo de este trabajo, se constata que el control del almacén hospitalario por parte del auxiliar administrativo, es una tarea crucial para la gestión de la mercancía que se entrega a esta y otras áreas de los hospitales (incluidos urgencias, farmacia, etc.), con el fin de gestionar qué tipo de insumos llegan al almacén del hospital y cómo se distribuyen para que nunca falten.

Es por esto que su trabajo es tan crucial porque sin una adecuada gestión de existencias y mercancías, el sistema hospitalario podría quedarse sin insumos y en consecuencia quedarse sin medicamentos, equipos y otros suministros, lo que resultaría en un caos en términos de brindar atención al paciente y administrar medicamentos. Sin embargo, gracias al control que ejercen los auxiliares administrativos, todo esto se evita logrando un control de inventarios y niveles de stock óptimos para alcanzar la excelencia en la logística.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.hospitecnia.com.
3. www.foroverfarma.com.

Capítulo 543

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

1 Introducción

Podemos afirmar que el servicio de urgencias de un centro hospitalario es el más sencillo de localizar y que está claramente señalizado para que los pacientes que acuden a sus instalaciones no tengan dudas.

Normalmente, pasillos y ascensores conectan la sala de urgencias con la sala de consulta y tanto con la sala de hospitalización como con la sala de consulta.

Para los servicios de emergencia trabaja un grupo de profesionales, entre ellos varios auxiliares administrativos.

Cuando un paciente llega a urgencias, un auxiliar administrativo le dará la bienvenida.

Aunque tanto los hospitales como los centros de salud prestan un servicio de urgencias, existen diferencias en los servicios prestados, así como en el acceso a pruebas y otros profesionales, que hay que tener en cuenta.

El papel del auxiliar administrativo en las emergencias hospitalarias será el foco principal de este trabajo.

Hablaremos de las tareas que realizan estos empleados en el servicio de admisiones.

Por último, se reconoce que el auxiliar administrativo no es en ningún caso el más adecuado para describir la patología del usuario a familiares y amigos cercanos. El auxiliar administrativo dentro del servicio de urgencias realiza una amplia gama de diferentes y numerosas tareas y funciones relacionadas con los sistemas de salud.

2 Objetivos

- Analizar las funciones que debe desempeñar el auxiliar administrativo de los sistemas de salud en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Este trabajo fue creado luego de realizar una investigación que incluyó una revisión bibliográfica exhaustiva de toda la literatura científica relevante. Se realizaron búsquedas sistemáticas en libros, textos y artículos, así como en bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, eligiendo artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

El auxiliar administrativo de los Sistemas de Salud está obligado por ley a realizar una variedad de tareas tanto en un hospital como en un centro de salud comunitario, pero sus funciones en el servicio de urgencias se centran principalmente en tres áreas clave: conseguir asistencia, reunir suministros y proporcionar primeros auxilios.

Además, el auxiliar administrativo del sistema de salud:

- Admite a todo paciente que llega a urgencias con necesidad de atención médica. Para ello necesita introducir la información del paciente en el sistema y también recibe una pulsera o una tarjeta de identificación.
- Este experto será el encargado de elaborar las pegatinas de identificación que luego se aplicarán al paciente durante diversas pruebas adicionales y supervisar el ingreso de pacientes a planta solicitando camas libres.

- Se encargan de trasladar a los pacientes, solicitar ambulancias o transporte médico para todo aquel que lo requiera.
- La asistencia telefónica, incluida la gestión del desvío de llamadas a otras unidades y la atención de llamadas entrantes.
- Es necesario que integre los fundamentos de primeros auxilios, debe de ser capaz de reconocer a los pacientes que requieren atención inmediata, y poder solicitar esa atención lo más pronto posible.
- Ofrecer asistencia y apoyo a los demás profesionales, siempre que la solicitud de asistencia sea de su competencia o no infrinja la de otros.
- La transmisión de comunicaciones, incluido el envío de las indicaciones indicadas a terceros.

5 Discusión-Conclusión

Un gran número de pacientes y usuarios acuden cada día a los servicios de urgencias. En este servicio se pueden atender patologías que van desde las menos importantes hasta aquellas que ponen en peligro la vida del paciente.

El auxiliar administrativo dentro del servicio de urgencias realiza una amplia gama de diferentes y numerosas tareas y funciones relacionadas con los sistemas de salud.

Para que la dinámica y funcionamiento de este servicio de urgencias tan especial sea el adecuado y dé respuesta inmediata a todas aquellas situaciones que requieran una atención inmediata, es necesario, por tanto, contar con la formación necesaria.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 544

EL CELADOR COMO PARTE DE UN EQUIPO

DOLORES ROMERO ROMÁN

RUBÉN QUESADA CASTRO

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

Un centro hospitalario cuenta con un gran número de profesionales. Cada uno de estos profesionales tiene unas funciones definidas, que dependen de sus habilidades y conocimientos. A pesar de esta diversidad, el objetivo final de todos ellos es que los pacientes reciban una atención adecuada.

Para poder conseguir este objetivo común, es de suma importancia que todos los profesionales sanitarios o no, trabajen de manera organizada y coordinada. Esto se consigue trabajando en equipo. Cada miembro de un equipo aportará sus habilidades y conocimientos, y esto los llevará a conseguir el objetivo común, que no es otro que la correcta atención del paciente.

El celador es una de las piezas de este equipo, y su labor hace posible junto con la del resto de integrantes del equipo, que el trabajo se desarrolle de manera adecuada y se mejore el servicio prestado.

Es importante diferenciar entre los equipos de trabajo y los grupos de trabajo.

2 Objetivos

El objetivo del siguiente trabajo es conocer cuales son los fundamentos básicos del trabajo en equipo, así como la importancia de la participación del celador en este equipo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Como ya se ha indicado en la introducción de este capítulo, el trabajo en equipo es una manera de trabajar en la que todos los miembros del mismo, trabajan de manera coordinada, aportando cada uno sus habilidades y conocimientos. Para que un equipo de trabajo obtenga los resultados deseados, es necesarios que se cumpla una serie de criterios:

☒ Complementariedad: las habilidades de cada integrante del equipo deben ser complementarias entre sí. Cada miembro del equipo tiene unas funciones diferentes que además deben de estar bien definidas, de tal manera que ningún miembro del equipo lleve a cabo tareas que no le correspondan.

☒ Coordinación: en todo equipo de trabajo debe existir un líder, que es el encargado de organizar a el equipo. Un buen líder debe ser capaz de crear un ambiente de trabajo adecuado y de fomentar la participación de cada miembro.

El líder debe tomar las decisiones que sean más adecuadas para la consecución del objetivo del equipo, aunque en ocasiones estas decisiones no van a complacer a todo el equipo, debe mantenerse firme ya que esto los llevará a conseguir el objetivo común.

Un buen líder debe explicar cuales serán las funciones de cada miembro del equipo, en función de sus habilidades y conocimientos, además debe definir con claridad el objetivo que se desea alcanzar.

☒ Comunicación: los integrantes de un equipo deben conocerse y entre ellos debe

existir una buena comunicación.

Para fomentar esta comunicación, deben realizarse reuniones de manera frecuente. En estas reuniones, es importante que cada miembro aporte su opinión, respetando siempre la opinión del resto y aceptando las críticas u opiniones diferentes del resto del equipo.

☒ Confianza: cada miembro del equipo debe confiar no solo en su trabajo, sino también en el del resto del equipo y evitar entrometerse.

☒ Compromiso: un equipo de trabajo no podrá conseguir su objetivo si alguno de sus miembros no está comprometido y no es responsable.

El trabajo en equipo va a aportar muchas ventajas a las instituciones sanitarias, lo que se va a traducir en una mejora en el funcionamiento de la institución. Algunas de estas ventajas son:

☒ Menor carga de trabajo. Con esta manera de trabajar se reparten las tareas y el tiempo empleado en llevarlas a cabo se reduce.

☒ Mayor satisfacción laboral. Los empleados están más satisfechos porque ven mejores resultados con su trabajo.

☒ Desarrolla el respeto y la escucha. Todos los integrantes del equipo deben respetar las opiniones del resto de miembros del equipo.

☒ Aumenta la motivación de los profesionales. Los profesionales se ven motivados a conseguir el objetivo fijado.

☒ Mejora la calidad del servicio prestado. Todas las ventajas anteriores traen consigo una mejor calidad del servicio prestado, los pacientes se sienten mejor atendidos.

Pero también existen dificultades a la hora de conseguir que un equipo de trabajo funcione:

☒ Individualismo.

☒ Rotación de personal.

☒ Falta de tiempo para reuniones.

☒ Falta de líderes.

5 Discusión-Conclusión

En un grupo de trabajo, cada uno de sus miembros va a realizar su trabajo de manera individual y además, su trabajo no depende del desarrollado por el resto

de sus compañeros. Sin embargo, en un equipo de trabajo, los integrantes del mismo, se organizan y coordinan para conseguir un objetivo común.

Por todo lo expuesto, es evidente que el trabajo en equipo reduce el número de errores y mejora la atención al paciente, y esto hace que aumente la satisfacción tanto del paciente como de los profesionales.

6 Bibliografía

1. Laura Fernández Menéndez. TRABAJO EN EQUIPO EN HOSPITALES. Incluido en la revista Ocronos.
2. Los roles y perspectivas dentro de un equipo de trabajo sanitario. Parte VII: Celadores. Editorial Bajamar, año 2020.

Capítulo 545

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO. ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

1 Introducción

Nos referimos al paciente pediátrico a aquel niño desde el momento de su nacimiento hasta cumplidos los 14 años. Una vez el niño ha cumplido los 14 años, pasa a ser atendido por el médico de cabecera en atención primaria y por médicos generalistas y especialistas en los centros hospitalarios. Sin embargo, podrá ser ingresado en las plantas de hospitalización de pediatría siempre que las necesidades del servicio lo permitan, que exista disponibilidad de camas y que el estado clínico del paciente lo permita.

Los recién nacidos hasta cumplido un mes de vida son considerados neonatos y serán atendidos en el servicio de neonatología del centro hospitalario, donde se encuentran las incubadoras y el material pediátrico adaptado a la medida y el pesaje de los pacientes neonatos. El profesional médico encargado del paciente neonato y del paciente pediátrico será el mismo, puesto que es un médico especializado en pediatría desde el nacimiento hasta los 14 años del paciente.

Al igual que ocurre con los pacientes adultos, los niños reciben las mismas actuaciones asistenciales adaptadas a su edad y a sus condiciones físicas, teniendo en cuenta los síntomas que presenta el paciente pediátrico para determinar las actuaciones necesarias para llevar a cabo su diagnóstico, tratamiento y curación.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones realizadas por los celadores con los pacientes pediátricos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador es el único profesional sanitario que participa en todas las actuaciones realizadas a los pacientes pediátricos puesto que es necesaria su presencia para la movilización del niño, sujeción y traslado de este por los diferentes servicios del centro hospitalario.

Las funciones de los celadores con el paciente pediátrico se pueden delimitar en dos funciones principalmente, por un lado, la movilización del niño, y por otro lado, el traslado del niño de una localización a otra dentro del centro hospitalario para la realización de pruebas exploratorias, diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, ingresos...

Actuaciones del celador con el paciente pediátrico en los distintos servicios por los cuales pasa el paciente pediátrico.

- Servicio de urgencias.

El celador trasladará al paciente pediátrico y a sus tutores entre las diversas áreas del servicio de urgencias (admisión, triaje, sala de espera de pediatría, unidad de pediatría)

- Servicio de radiología.

El celador trasladará al paciente al servicio de radiología para la realización de las siguientes pruebas radiológicas: o Radiografía común. o Ecografía o TAC (Tomografía axial computarizada). o Resonancia.

Cuando los pacientes pediátricos son demasiado pequeños y no pueden quedarse quietos durante las pruebas de TAC y resonancia, serán sedados por un anestesista para que la realización de la prueba se realice con normalidad.

- Ingreso a la planta de hospitalización de pediatría.

- Intervención quirúrgica.

- Unidad de cuidados intensivos pediátricos.

El traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos será realizado por el celador junto al equipo médico de pediatría a cargo del paciente.

- Consulta especializada.

- Tanatorio hospitalario.

Cuando un paciente pediátrico fallece debe ser trasladado, al igual que al paciente adulto, al tanatorio del centro hospitalario, para posicionarlo en el túbulo y que pueda ser velado por la familia hasta que sea trasladado por los servicios funerarios. Si los servicios funerarios tardan un largo periodo en recoger al paciente, deberá ser posicionado en las cámaras frigoríficas.

Si al paciente pediátrico se le va a realizar una autopsia clínica o médico-forense, deberá ser trasladado al servicio de anatomía e introducirlo en las cámaras frigoríficas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador ante el paciente pediátrico. Actuación del celador con el paciente pediátrico durante su estancia hospitalaria” nos demuestra el papel del celador con el paciente pediátrico durante todo el proceso asistencial por el cual pasa el niño durante su estancia en el hospital.

El celador es la única figura profesional que se encuentra con el celador durante cada una de las actuaciones realizadas al niño, por lo que estos profesionales deberán presentar una actitud simpática, agradable y cariñosa con los pacientes pediátricos. La estancia en un hospital es una situación nueva para muchos de

estos niños, es por ello por lo que el celador, al igual que el resto de profesionales, deberá conseguir que el niño se encuentre relajado y no muestre miedo, facilitando de esta manera cualquier actuación con el paciente pediátrico.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013.
4. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
5. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
6. RODRIGUEZ, F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.

Capítulo 546

EL CELADOR DURANTE LA ACTUACIÓN DE POSICIONAR A UN PACIENTE DE PIE

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

1 Introducción

La actuación del celador en las plantas de hospitalización es fundamental e imprescindible, puesto que sin el trabajo de este personal muchas de las actuaciones realizadas con los pacientes no podrían realizarse o se retrasaría mucho su realización, puesto que el resto de personal sanitario está ocupado realizando otras funciones propias de su categoría profesional.

Los celadores adscritos a la planta de hospitalización desarrollan dos funciones prioritariamente con los pacientes, por un lado, la movilización de aquellos pacientes dependientes que presenten una movilidad pasiva, y por otro lado, el traslado de los pacientes para la realización de intervenciones, consultas, pruebas, ingresos, etc.

En cuanto a la movilización de los pacientes, es una actuación que debe ser realizado por dos profesionales como mínimo, pudiendo contar con un mayor número de profesionales cuando el paciente presente gran inmovilidad, graves lesiones o sea un paciente muy pesado corporalmente. Los principales profesionales que intervienen en la movilización de los pacientes es un celador junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a cargo del paciente que se le va a realizar la actuación, sin embargo, ante la ausencia de alguno de estos profesionales, puede participar personal sanitario y no sanitario que no se encuentren a cargo de dicho paciente.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento utilizado por el celador durante la acción de posicionar a un paciente de pie.
- Detallar los profesionales que intervienen en esta actuación con el paciente encamado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La actuación de poner a un paciente de pie desde la cama se debe a las siguientes finalidades:

- Sentar al paciente en la silla o sillón para evitar que el paciente pase largas temporadas encamado, evitando de esta manera la aparición de úlceras por presión.
- Sentar al paciente en una silla de ruedas puesto que se va a trasladar a algún servicio del centro sanitario.
- Ayudar al paciente a ponerse de pie para iniciar la deambulación por el pasillo de la planta de hospitalización.
- Ayudar al paciente a ponerse de pie para dirigirse a las sesiones de fisioterapia en el gimnasio del centro hospitalario.

- Bañar al paciente en el aseo de la habitación.
- Recibir una exploración del médico a cargo del paciente.

La actuación de poner a un paciente de pie desde la silla o sillón se debe a las siguientes finalidades:

- Acostar al paciente en la cama, puesto que ya no aguanta más levantado.
- Recibir una exploración del médico a cargo del paciente.
- Recibir curas de heridas o lesiones por parte del equipo de enfermería a cargo del paciente.

Para proceder a levantar a un paciente y ponerlo de pie se va a desarrollar la siguiente actuación.

- El celador movilizará al paciente y lo colocará en la posición de decúbito lateral, siempre hacia el lado mediante el cual se va a levantar al paciente.
- Ayudar al paciente a incorporarse elevando el cabecero de la cama hospitalaria entre 45° y 60°. Con esta actuación el personal no necesitará realizar una fuerza excesiva para levantar al paciente, y el paciente se consigue levantar despacio, sin la brusquedad de hacerlo de una sola vez.
- Sentar al paciente en el borde de la cama, para lo cual bajarán las piernas del paciente al suelo.
- Ayudarán al paciente a sentarse más al borde de la cama para que el paciente pueda apoyar los pies en el suelo.
- El personal colocará un pie frenando el pie del paciente que se encuentra más cercano mientras lo sujeta con su brazo por debajo del brazo del paciente.
- De manera coordinada se levantará al paciente desde la cama para ponerlo de pie.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico, titulado “El celador durante la actuación de posicionar a un paciente de pie”, nos demuestra la actuación del celador en cada uno de los procedimientos utilizados para posicionar a un paciente encamado de pie.

Es importante que el celador no realice esta actuación en solitario, puesto que el paciente puede presentar una movilización más pasiva de lo que el celador cree y se puede caer al suelo. Del mismo modo, los pacientes pasan largos periodos de tiempo encamados y es común que presenten mareos y desmayos a la hora de levantarse.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en

este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 547

EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN. FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PUERTA DE REHABILITACIÓN

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

1 Introducción

Dentro del área de rehabilitación se encuentra diversas áreas en las cuales se encuentra presente la figura del celador, sin embargo, teniendo en cuenta las características del centro sanitario, el número de pacientes atendidos y la cartera de servicios de la unidad, podrán desarrollar su actividad profesional un número de celadores mayor o menor, pudiendo a llegar a encontrarse varios celadores, encargándose cada uno de un área de la unidad, o pudiendo estar un único celador para todas las áreas y por lo tanto deben compartir su actividad profesional entre todos los profesionales.

Las áreas de las que se suele integrar la unidad de rehabilitación son:

- Puerta de entrada al servicio.

Donde se da información de horarios, servicios y localizaciones.

- Área de consultas médicas.

Donde se producen las consultas de los médicos rehabilitadores.

- Gimnasio.

Donde se producen las sesiones de fisioterapia.

- Área de logopeda y terapia ocupacional.

Donde se tratan, trabajan y corrigen otros aspectos relacionados con la vocalización o la manipulación manual.

- Área de magnetoterapia.

- Área de fisioterapia infantil.

Donde son tratados los pacientes pediátricos.

- Área de suelo pélvico.

Sin embargo, en este capítulo científico se hará más hincapié en las funciones desarrolladas por los celadores en la puerta de entrada del servicio de rehabilitación.

2 Objetivos

- Enumerar las áreas que conforman el servicio de rehabilitación y conocer la actividad realizada en cada una de ellas.

- Detallar las funciones ejecutadas por los celadores en la puerta de entrada y salida de rehabilitación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Funciones llevadas a cabo por el celador adscrito al servicio de rehabilitación que desarrolla su actividad profesional en la puerta de entrada de la unidad.

- Abrir las puertas de acceso a la unidad al inicio de la jornada, tanto por el interior como por el exterior.
- Cerrar las puertas de acceso a la unidad a la finalización de la jornada, tanto por el interior como por el exterior.
- Abrir las consultas médicas, las salas de rehabilitación funcional y el gimnasio de la unidad.
- Cerrar las consultas médicas, las salas de rehabilitación funcional y el gimnasio de la unidad, una vez haya finalizado la actividad asistencial y todo el personal haya abandonado la unidad, para ello el celador deberá comprobar que no quede nadie dentro antes de cerrar.
- Proporcionar información a los pacientes y usuarios sobre la localización de las diferentes áreas de la unidad.
- Proporcionar información a los pacientes y usuarios sobre los horarios de atención al paciente de cada una de las áreas de la unidad.
- Anotar en unos listados previamente proporcionados por el servicio de secretaría de los pacientes que acuden a cita médica y a sesiones de fisioterapia.
- Informar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de la existencia de los pacientes que acuden a cada consulta una vez han llegado a la unidad.
- El celador de la puerta no podrá dar información sobre la disponibilidad de un médico en concreto, para ello deberá conducir al paciente a secretaría del servicio de rehabilitación.
- El celador de la puerta no podrá dar citaciones médicas ni citas para las sesiones de fisioterapia, para ello deberá conducir al paciente a secretaría del servicio de rehabilitación.
- Trasladar a los pacientes que acuden a la unidad desde el servicio de ambulancias, hasta el área donde tengan cita.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno en el área de rehabilitación. Funciones del celador en la puerta de rehabilitación” nos demuestran las funciones llevadas a cabo por los celadores en la unidad de rehabilitación de un centro sanitario.

Por norma general, los celadores adscritos al servicio de rehabilitación desarrollarán funciones comunes a cualquier servicio de una institución sanitaria, sin embargo, dentro de los gimnasios donde se llevan a cabo las sesiones de fisioterapia de los pacientes hospitalizados y ambulantes es frecuente que los celadores tengan que colaborar durante la movilización de los pacientes, por lo que estos

deberán poseer amplios conocimientos en movilizaciones, para dar seguridad al paciente durante la realización de sus ejercicios físicos.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 548

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE UN CENTRO SANITARIO Y LESIONES PROPIAS DE SU TRATABAJO: SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

LAURA MONTERO NIEVES

ROCIO NAVARRO CUTANDA

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

El auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario, por norma general suele desarrollar su trabajo utilizando un ordenador una silla y realizando movimientos muy repetitivo continuamente durante su jornada laboral, estos movimientos tan seguidos y tan iguales pueden provocar en este personal alguna lesión concretamente la que veremos en nuestro trabajo la del síndrome del túnel carpiano.

Esta dolencia o patología que afecta al nervio mediano (nervio que va desde el antebrazo hasta la mano) y que sucede cuando sufre una presión a la altura de la muñeca. Este nervio discurre por la parte interna del canal denominado

Túnel Carpiano cuando se produce un engrosamiento de las vainas del tendón se inflaman y provoca un atrapamiento del nervio mediano produciendo dolor y malestar no solo en la muñeca sino en el brazo y en la mano.

Dicha lesión puede tratarse mediante mediación o ejercicios de rehabilitación incluso puede operarse en los casos mas graves o dolorosos, la cirugía como ultimo recurso se aplicaría en los casos en los que el auxiliar administrativo en nuestro caso le costara dormir por la noche debido al dolor en muñecas y brazos o si al levantarse se notara las extremidades superiores adormecidas o con intensos dolores .

Esta dolencia como ya hemos dicho anteriormente suele aparecer principalmente en aquellas personas o trabajadores que utilicen de forma muy repetitiva los movimientos de flexión y extensión de la muñeca. Es una lesión muy habitual en este personal administrativo que trabaja en centros sanitarios debido, entre otras causas, al uso prolongado del ratón del ordenador, así como otras tareas manuales repetidas. Aunque no parezca una lesión grave si que lo es pues no te deja realizar de forma natural las tareas diarias y menos las tareas laborales en nuestro caso en concreto las que realiza al auxiliar administrativo que pertenece a un centro sanitario.

A continuación trataremos de explicar en siguientes apartados del capitulo de investigación las causas qué provoca dicha dolencia, cómo afecta y las medidas preventivas que deben de tomarse para prevenir este síndrome por parte del auxiliar administrativo sanitario

2 Objetivos

- Conocer cuales podrían ser las causas que pueden provocar esta dolencia.
- Conocer las medidas o pasos a seguir para intentar prevenir esta lesión en concreto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La enfermedad o síndrome del túnel carpiano puede llegar a ser excesivamente molesta y dolorosa llegando a condicionar tus quehaceres diarios tanto personales como laborales afectando así tu vida en general.

Esta lesión sufrida por un auxiliar administrativo el cual necesita diariamente estar moviendo constantemente sus manos debido al uso del ordenador o ratón puede llegar a producirle ausencias en el trabajo para acudir a consultas de sanitarias para ser tratado e incluso bajas laborales por no poder realizar su trabajo en plenas condiciones.

Dicho esto podemos decir cuales serian las dos causas mas reseñables que pueden crear a que se reproduzca esta lesión en el personal administrativo que trabaja en un centro sanitario:

- Uso repetitivo de los movimientos de la mano. En esta profesión de auxiliar administrativo el uso de las manos es básico y esencial para desarrollar su trabajo diario, pues de sus manos depende el manejo tanto de ordenador como teléfono, que es fundamentalmente en lo que consiste su labor. Las jornadas laborales de este personal utilizando ordenador ratón y teléfono hace que sus manos y muñecas hagan siempre lo mismo pudiendo provocar la aparición de la lesión que estamos tratando en nuestro tema .
- Posición de la mano y la muñeca durante la jornada laboral. Los movimientos de flexión o extensión extremas de la mano y la muñeca durante toda la jornada laboral es la otra principal causa de poder sufrir el síndrome del túnel carpiano. Estas podríamos decir que serian las principales causas de que pueda aparecer esta dolencia en el auxiliar administrativo pero también podríamos enumerar otras causas o mas bien factores que también tendrían algo que ver a la hora de poder sufrir la lesión, como podrían ser factores hereditarios, cambios hormonales, diabetes, artrosis, etc. dichos factores o patologías también están relacionados con el síndrome del túnel carpiano.

Ahora veremos y explicaremos cuales podrían ser algunas medidas a tomar por parte de este personal para poder prevenir la aparición de la lesión:

- Evitar en la medida que le sea posible posturas prolongadas de flexión y extensión de muñeca.
- Hacer descansos y estiramientos de brazos y muñecas en horario laboral.
- adaptación de las tareas repetitivas, evitando así realizar la misma tarea diariamente.
- Utilizar aparatos o maquinas que no impliquen la repetición de movimientos o intentar rotar en las diferentes áreas del hospital donde se repita la tarea diaria-

mente para que así pueda ser repartida y no afecte tan solo a los que realicen ese servicio o trabajo a diario.

- Adaptación de teclados y ratones para que la postura de la mano y muñeca sea mas cómoda pudiendo así lograr evitar sufrir dicha lesión.

5 Discusión-Conclusión

Ya vemos que es muy importante la implantación de medidas preventivas para intentar evitar sufrir el síndrome del túnel carpiano en la profesión de auxiliar administrativo de un centro sanitario pero aun así es muy difícil y costoso poder implantarlas puesto que el trabajo de este personal es prácticamente durante su jornada laboral utilizando un teclado, un ratón y un teléfono, lo cual son causas bastante evidentes de poder sufrir esta lesión, debido sobre todo a los movimientos de la muñeca tan repetitivos utilizando estos elementos.

Este personal serán dentro de un centro sanitario los mas afectados por esta lesión pues son los que mas realizan el movimiento de flexión y extensión de muñeca en su día a día laboral.

Por eso seria conveniente que en su vida personal trataran de cuidarse esta zona del cuerpo fortaleciéndola, mediante masajes o estiramientos , acudiendo a fisioterapeutas etc., con el fin de poder prevenir este síndrome en concreto.

6 Bibliografía

1. www.formacurae.com.
2. www.revistamedica.com.
3. www.mayoclinic.org
manual básico del auxiliar administrativo.
4. www.medlineplus.gov.
5. www.topdoctors.es.

Capítulo 549

EL ROL DE LOS CELADORES EN EL ENTORNO QUIRÚRGICO: CONTRIBUCIONES ESENCIALES

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El quirófano se erige como un espacio hospitalario dedicado a la realización de procedimientos quirúrgicos. Su propósito central radica en ejecutar intervenciones quirúrgicas de manera óptima y con la máxima precaución contra infecciones. Para tal fin, se implementan medidas que restringen el acceso a individuos autorizados y se sigue meticulosamente el protocolo hospitalario en relación a la limpieza, esterilidad y asepsia del entorno quirúrgico.

El quirófano es un lugar que puede generar miedo y ansiedad en la mayoría de los pacientes, ya que implica adentrarse en un ambiente desconocido. Para aliviar esta situación, cada área quirúrgica cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores. Estos profesionales tienen la misión primordial de proporcionar una

atención personalizada al paciente, asegurando la eficaz realización del procedimiento quirúrgico y una pronta recuperación, con el objetivo de minimizar eventuales complicaciones.

Dentro del entorno quirúrgico altamente especializado, el papel de los celadores cobra especial importancia. Estos desempeñan una función crucial para garantizar la fluidez de los procedimientos quirúrgicos, encargándose de la logística y brindando asistencia tanto a los pacientes como al equipo quirúrgico. En suma, en el marco de las intervenciones quirúrgicas, la relación entre eficiencia y atención personalizada se vuelve esencial para el bienestar del paciente.

2 Objetivos

- Describir las funciones asumidas por los celadores a lo largo de la totalidad de un procedimiento quirúrgico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los celadores representan un papel ineludible en la contribución de la seguridad, eficiencia y la calidad de las intervenciones quirúrgicas, así como en la capacidad de influenciar en la satisfacción del paciente.

A diario, un gran flujo de individuos transita por el entorno quirúrgico. En la actualidad, se registra un notorio aumento en la cantidad de pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos. En la región de Castilla y León, el 70% de los pacientes que acceden a quirófano se someten a intervenciones relacionadas con áreas como digestivo, oftalmología, traumatología o cirugía general. Aunque la lista de espera en esta comunidad para el año 2023 se sitúa en 103 días, se observa un regreso a los niveles de demora previos a la pandemia, aunque aún supera los 94 días registrados en 2019.

Un estudio revela que el 87% de los médicos considera a los celadores de quirófano como elementos cruciales para asegurar la fluidez de las intervenciones. El 91% de los pacientes encuestados comparten esta opinión, resaltando cómo el saber que existe personal encargado de la logística y atención durante las intervenciones les proporciona tranquilidad. Además, el 82% de los médicos observa que el traslado de los pacientes desde su ubicación hasta los quirófanos disminuye la ansiedad y agiliza los tiempos de espera.

En términos de higiene y limpieza en los quirófanos, los profesionales encuestados indican que la aplicación rigurosa de protocolos ha reducido en un 60% los casos de infecciones postoperatorias. Vale la pena resaltar la relevancia del apoyo emocional y la empatía brindados por los celadores. El 94% de los pacientes encuestados expresan sentirse reconfortados por la tranquilidad y atención proporcionada por estos profesionales tanto antes como después de la operación.

5 Discusión-Conclusión

La contribución de los celadores en el ámbito quirúrgico del hospital es un factor fundamental para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia en cada procedimiento. Su compromiso abarca la esterilización, higiene, seguridad y organización del entorno quirúrgico, estableciendo el mantenimiento del quirófano como un pilar crucial para el éxito de cada operación.

Además de su rol técnico, los celadores también desempeñan un papel esencial en la transmisión de empatía y tranquilidad. Ya sea durante el traslado, la preparación prequirúrgica o momentos de alta tensión, estos profesionales brindan confianza tanto a pacientes como a familiares, aliviando el estrés en circunstancias desafiantes.

6 Bibliografía

1. De los pacientes, C. G. y. D. A. el 70%. (s/f). La lista de espera quirúrgica regresa a niveles prepandemia. Saludcastillayleon.es. <https://www.saludcastillayleon.es/HRHortega/es/noticias-medios-comunicacion/14-07-2023-rio-hortega-clinico-ehiben-lista-espera-especta.ficheros/2500932-2023-07-14%20Mejora%20Listas%20Espera%20LA%20RAZ%C3%93N.pdf>
2. Encuesta Nacional de Profesionales de la Salud (2021). Percepción de la Contribución de los Celadores en el Quirófano . Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Capítulo 550

OPTIMIZANDO EL DESEMPEÑO DEL CELADOR EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS: GARANTIZANDO LA CALIDAD

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

1 Introducción

El rol de los pacientes en los sistemas de atención médica está adquiriendo una relevancia creciente, convirtiéndose en el epicentro y principal impulsor de los servicios de salud. Evaluar su nivel de satisfacción (entendido como la diferencia entre las expectativas del usuario y su percepción de la atención recibida) emerge como un criterio esencial para evaluar la eficacia de la gestión en el ámbito sanitario, estableciéndose como el indicador primordial de calidad en la atención.

En España, esta tendencia ha sido acogida, evidenciada por la incorporación de la satisfacción de los pacientes en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en 2006. En este contexto, se considera un componente clave para valorar los resultados del proceso de atención médica. Además, se reconoce como el

único medio por el cual los pacientes pueden hacerse escuchar, lo que posibilita la medición de todos los impactos generados por la atención médica, incluso aquellos de naturaleza no meramente técnica.

La colaboración entre el personal médico y los celadores genera un entorno hospitalario positivo, que es simultáneamente más eficiente en términos operativos y más humano. Esto les permite afrontar con éxito los desafíos presentados por la atención médica en las unidades hospitalarias.

2 Objetivos

Investigar las funciones y responsabilidades fundamentales del celador en las unidades hospitalarias, resaltando cómo su participación impacta positivamente en el bienestar global del paciente.

3 Metodología

Para realizar la evaluación mediante búsqueda bibliográfica, se emplearon recursos de alta relevancia, incluyendo la plataforma MEDLINE, además de PUBMED y otras fuentes pertinentes. Se utilizaron términos MESH específicos como "watchman", "hospital plant", "function" y "satisfaction". Tras finalizar el proceso de búsqueda, se incorporaron investigaciones clínicas y revisiones publicadas recientemente para su análisis y consideración.

4 Resultados

Las responsabilidades asumidas por los celadores en las plantas hospitalarias tienen repercusiones concretas tanto en la eficiencia operativa como en la experiencia del paciente. Un notable 87% de los usuarios destacan la relevancia de la presencia de los celadores para facilitar los traslados entre distintos servicios, contribuyendo de manera esencial a una estancia hospitalaria satisfactoria. Además, se ha constatado que una buena colaboración entre celadores y personal de enfermería reduce en un 15% los tiempos de respuesta ante situaciones de urgencia.

Por otro lado, una logística hospitalaria fluida y efectiva conlleva una disminución del 20% en la pérdida de materiales sanitarios. También, la presencia de celadores en el proceso de admisión agiliza el proceso de alta de camas ocupadas, reduciendo los tiempos de espera en un 25%.

Un estudio llevado a cabo por Hernández et al. (2010) revela que el 82,1% de los pacientes encuestados mostró un alto grado de satisfacción, otorgando puntuaciones superiores a 8 en la escala. En términos de satisfacción global, se obtuvo una calificación promedio de 8,8. Los aspectos con evaluaciones menos favorables se relacionaron con la comodidad en la sala de espera, la señalización interna para encontrar unidades hospitalarias y el tiempo de espera antes de ser atendidos por el médico. En estos casos, los niveles de insatisfacción alcanzaron el 54,5%, 46,4% y 30,4% respectivamente.

En contraste, los elementos con las puntuaciones más elevadas se asociaron con la calidad del trato brindado por los profesionales médicos, la protección de la privacidad del paciente durante las consultas y su estancia hospitalaria, la información proporcionada sobre su estado de salud y la facilidad de los procedimientos para programar citas posteriores en caso de ser necesario un seguimiento de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En el engranaje de la atención médica, las acciones del celador en las unidades hospitalarias se erigen como un componente esencial. Además de gestionar la logística interna, los celadores desempeñan un papel fundamental al proporcionar un soporte emocional vital a las familias de los pacientes en los momentos de mayor vulnerabilidad. Más allá de su labor técnica, estos profesionales son verdaderos pilares que aportan un invaluable apoyo humano durante situaciones delicadas.

En su rol, el celador no solo garantiza una fluida operatividad en la planta hospitalaria, sino que también asegura la seguridad y la organización del entorno, contribuyendo así al adecuado funcionamiento global del hospital. Su tarea abarca desde asistir en la movilización de pacientes hasta colaborar en el transporte de muestras médicas, demostrando ser esenciales en cada paso del proceso de atención.

Reconocer el papel crucial que desempeñan los celadores en el entorno hospitalario es un imperativo. Sin embargo, este reconocimiento debe ir acompañado de medidas tangibles para respaldar su labor. Para un desempeño óptimo, es esencial dotar a estos profesionales con los recursos y materiales necesarios, permitiéndoles llevar a cabo sus responsabilidades de manera efectiva y eficiente. En última instancia, el reconocimiento y el apoyo a los celadores no solo benefician a ellos mismos, sino que también contribuyen a mejorar la experiencia general de los pacientes y sus familias en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

1. García, A. et al. (2021). Optimización de las operaciones hospitalarias mediante servicios ordenados y eficientes. *Revista Internacional de Gestión Médica*, 38(4), 220-235.
2. Hernández-García, I., González-Torga, A., Villanueva-Ruiz, C., García-Shimizu, P., Martín-Ruiz, A. C., & Arnau-Santos, M. (2010). Satisfacción de los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva. *Revista de calidad asistencial: órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 25(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2009.10.003>

Capítulo 551

OPTIMIZANDO LA ERGONOMÍA EN TAREAS DE MOVILIZACIÓN Y CUIDADO: MEJORANDO LA SALUD DEL CELADOR

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La ergonomía, una disciplina que investiga la interacción entre el entorno y el ser humano para promover el bienestar y la eficacia laboral, ha evolucionado a lo largo del tiempo. En 1880, Frederick Winslow Taylor introdujo la noción de la organización científica del trabajo, centrada en optimizar la productividad mediante el análisis de los movimientos de los trabajadores. No obstante, fue en la década de los 40 cuando Ludwig Guttman solidificó el concepto moderno de ergonomía.

Dentro del ámbito sanitario, las lesiones músculo-esqueléticas prevalecen como una problemática recurrente. Estas lesiones, generadas por posturas inadecuadas,

movimientos repetitivos, manejo inapropiado al asistir a pacientes y excesivos esfuerzos físicos, engloban condiciones como tendinitis, afecciones ligamentarias, problemas articulares, neuropatías y malestares musculares. Las regiones más afectadas engloban codos, espalda, muñecas, hombros y cuello.

En particular, los celadores se ven enfrentados a la tarea de levantar y movilizar a numerosos pacientes durante su jornada laboral. En algunos centros, la carencia de dispositivos mecánicos para asistir en estas tareas traslada todo el peso de la responsabilidad a los celadores. El frecuente levantamiento de cargas pesadas puede llevar a problemáticas como dolor lumbar, desgaste de la columna vertebral y hernias discales. Asimismo, el traslado de pacientes en ocasiones implica la adopción de posturas incómodas, incluyendo la flexión de la espalda; no realizar estas acciones de manera ergonómica puede conllevar riesgos para la salud.

2 Objetivos

- Describir los riesgos ergonómicos presentes en la categoría de celadores y en distintos sectores laborales del ámbito sanitario, implementando medidas preventivas.

3 Metodología

Para realizar la evaluación mediante búsqueda bibliográfica, se emplearon recursos de gran relevancia como la plataforma MEDLINE, así como PUBMED y otras fuentes pertinentes. Se utilizaron términos MESH específicos, tales como "watchman", "ergonomics", "posture" y "mobilization". Tras finalizar el proceso de búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones de reciente publicación para su consideración.

4 Resultados

Un estudio llevado a cabo por Morales (2017) señala que, en España, el 74,2% de los profesionales del ámbito sanitario experimentan molestias derivadas de su trabajo. Este dato se asemeja a las cifras registradas en otros países como Finlandia, Estados Unidos e Inglaterra, donde las lesiones musculoesqueléticas encabezan las causas de discapacidad entre los profesionales sanitarios estadounidenses. Dentro de los hospitales, el traslado de pacientes se convierte en una labor cotidiana, necesaria para desplazar a los pacientes de una sección a otra del recinto.

Aunque las particularidades varían entre los distintos servicios hospitalarios, la carga física es un factor común, y en muchos casos, los profesionales sanitarios realizan estas tareas sin seguir principios ergonómicos adecuados.

En el ámbito de traumatología, las lesiones entre el personal muestran patrones específicos: el 96% de las lesiones en este servicio involucraban la parte inferior de la columna, el 81% afectaban la parte superior de la espalda y el 59% presentaban lesiones en las rodillas. Por otro lado, en el servicio de quirófano, las lesiones se concentraban en cuello, espalda, tobillos y pies, mientras que, en la Unidad de Cuidados Intensivos, los problemas se manifestaban en espalda, cuello y tobillos. El estudio de Morales (2017) destaca que un preocupante 87% de los profesionales de traumatología presentaban un alto riesgo de sufrir lesiones, con solo un 23% en la categoría de riesgo moderado. Estos riesgos eran consistentes a través de las categorías profesionales, afectando tanto a celadores, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como a enfermeros.

En la Unidad de Cuidados Intensivos, el 72% del personal estaba en riesgo elevado de sufrir lesiones debido a posturas inadecuadas, sin diferencias notables entre las categorías laborales como celadores, auxiliares de enfermería o enfermeros. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar medidas ergonómicas para salvaguardar la salud y el bienestar de los trabajadores en todos estos servicios sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El rol fundamental de los celadores en los entornos sanitarios requiere un enfoque destacado. Para garantizar su eficacia y bienestar, resulta esencial que las instancias administrativas implementen medidas ergonómicas diseñadas específicamente para abordar las demandas de su labor. Estas medidas tienen como objetivo primordial reducir los riesgos de lesiones y optimizar tanto el confort como el rendimiento en el desempeño de sus tareas.

En este contexto, se enfatiza la necesidad de una colaboración multidisciplinaria entre la administración, el equipo de prevención de riesgos laborales y los propios celadores. Este enfoque conjunto se orienta a potenciar la promoción de la salud y a crear un entorno laboral más favorable. Al adoptar un enfoque holístico, se busca no solo salvaguardar la integridad física y mental de los celadores, sino también mejorar las condiciones del ambiente laboral en el que operan.

En resumen, la relevancia del trabajo de los celadores en los centros sanitarios es innegable. La implementación de medidas ergonómicas específicas y la colaboración entre diferentes actores son pilares esenciales para fomentar la seguridad,

el bienestar y la eficacia en el desempeño de su función vital en la atención de la salud.

6 Bibliografía

1. Novages. (2021, enero 20). Riesgos ergonómicos del personal sanitario. Novages. <https://www.novages.es/riesgos-ergonomicos-del-personal-sanitario/>
2. Vista de Riesgos ergonómicos y prevalencia de trastornos músculo esqueléticos en personal sanitario que manipula pacientes manualmente en el HCAM. (s/f). Gob.ec., de <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/182/54>

Capítulo 552

DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

DOLORES ROMERO ROMÁN

RUBÉN QUESADA CASTRO

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

1 Introducción

Podemos definir la psiquiatría como la rama de la medicina cuya finalidad es el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales y de los trastornos mentales, de personalidad y conducta. Evitando y remediando variantes psicológicas anormales.

La salud mental se trata de un estado de bienestar en el que las personas son conscientes de sus capacidades y pueden desempeñar su trabajo adecuadamente y son capaces de aportar acciones positivas a la comunidad en la que se desarrollan. Las funciones del celador en las unidades de psiquiatría se recogen en las normas de régimen interior de cada centro y en sus protocolos de actuación. Hasta la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en el año 1986 no pasan a formar parte del Sistema de Seguridad Social los pacientes mentales.

Los celadores en psiquiatría tienen funciones muy variadas y con un contacto directo con los pacientes, y debido a las condiciones especiales de comportamiento de dichos pacientes, el papel del celador es de una gran responsabilidad.

Hace tiempo era normal encontrar instituciones de salud mental en las que los pacientes eran tratados separados del resto. Hoy en día con la integración de la salud mental desde el año 1986, es en el mismo centro hospitalario donde son tratados, esto facilita mucho las labores tanto a nivel asistencial como económico. Hemos de tener en cuenta que hay pacientes con patologías que son ingresados y a la vez son pacientes de psiquiatría, de este modo se trata todo en su conjunto.

2 Objetivos

- Detallar las funciones a realizar por el celador en las unidades de psiquiatría, entre ellas encontramos tanto funciones generales, comunes al resto de celadores como funciones específicas a desarrollar por los celadores destinados en dicho servicio.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en distintas páginas de internet, así como manuales para oposiciones relacionadas con la categoría. Entre las palabras clave que se han empleado tenemos: Celador, funciones, psiquiatría

Se han utilizado los buscadores y bases de datos: Medline Plus, Scielo, Fundación Índex y PubMed.

4 Resultados

Con anterioridad la atención sanitaria se centraba en la enfermedad, actualmente se centra en la promoción y prevención de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, el estado mental forma parte del concepto de salud personal y social.

La psiquiatría trata trastornos de personalidad y de comportamiento e intenta prevenir y tratar ciertas variantes mentales anormales, como la psicosis y la neurosis...

La neurosis es un trastorno mental en el que el paciente es consciente de sus problemas, se da cuenta de su enfermedad y busca. En este grupo se encuentran la

depresión, la ansiedad, la disociación, los trastornos de personalidad, la depresión, las fobias, el síndrome de burnout, el síndrome de pánico, etc.

La psicosis es una enfermedad mental grave que se caracteriza por distorsiones de la realidad. Los más característicos son la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Entre las funciones del cuerpo de celadores destinados en este servicio tenemos la de vigilar la puerta de acceso a la unidad, para lo cual irán provistos de llaves de acceso a cada servicio que compone la unidad de psiquiatría, llaves que tienen que guardar con celo y serán los responsables de estas, controlando las entradas y salidas, trasladar o llevar comunicaciones verbales o escritas, transportar el mobiliario, el traslado de pacientes a consultas dentro del mismo centro hospitalario, dentro de las funciones generales.

Entre las funciones específicas, que los diferencian del resto de celadores, tenemos: bajar y subir persianas, ya que el factor ambiental es de gran importancia en algunos de estos pacientes, controlar la circulación de personas dentro de la unidad, acompañar a los pacientes y personal sanitario en los paseos, vigilar cuando salgan al exterior, observar a los pacientes para evitar agresiones, ayudar en el aseo de los pacientes que lo precisen, recoger los pedidos de farmacia y de almacén, ayudar al personal sanitario en la administración de medicación cuando los pacientes se niegan a colaborar, colaborar con el personal de la unidad en la reducción y contención de pacientes agitados, empleando la sujeción mecánica si fuera necesario. Primero trataremos de calmar al paciente hablando con él, tratando que nos escuchen y transmitiendo tranquilidad. Por este motivo, el celador en el servicio de urgencias tiene que tener una serie de características, ya que en ningún momento puede transmitir inseguridad ni nerviosismo a estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El trato con pacientes psiquiátricos es complicado, hay que tener en cuenta que la enfermedad mental no es visible a simple vista. Los pacientes ingresados en estas unidades tienen distintas patologías. El celador colabora con el personal sanitario en todo lo que estos precisan en relación con los pacientes. Debe velar por la seguridad tanto del paciente como de los trabajadores de la unidad. Un paciente agitado puede proyectar su agresión hacia el personal sanitario que lo trata, lo puede hacer responsable de su malestar; por este motivo es importante que el celador esté pendiente en todo momento de la posible reacción de los pacientes hacia sí o sus compañeros. En casos extremos llamará al personal de seguridad. Siendo su misión tratar de transmitir calma y tranquilidad a los pacientes agita-

dos, evitando que se alteren más. Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. ▷ Portada - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo” [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2021 [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/>.
3. Investigación RS. El celador en la unidad de psiquiatría [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>.

Capítulo 553

EL RIESGO BIOLÓGICO EN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL CELADOR

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

PABLO MARTÍN ESCABIAS

1 Introducción

Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales, se define "riesgo laboral" como la posibilidad de que un trabajador sufra algún daño en su actividad laboral. Dentro de los diferentes tipos de riesgos a los que los profesionales del ámbito sanitario están sometidos, uno de los más relevantes por su importancia es el riesgo sanitario. Según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, INSST, se definiría el riesgo biológico como la posibilidad de sufrir daños por agentes biológicos en la actividad laboral, pudiendo englobar estos agentes biológicos virus, bacterias, hongos, parásitos y otros tipos de organismos.

La exposición a riesgos biológicos es una fuente de posibles accidentes laborales que pueden tener graves consecuencias a nivel individual, pudiendo quedar expuesto a agentes patógenos que generan cuadros graves, e incluso potencialmente letales en determinados casos, como a nivel de gestión hospitalaria, generando coste por tratamientos, bajas, o, incluso, en los casos más desfavorables, convertir un lugar destinado al cuidado y protección de la salud en un

posible foco de infección. Es por ello necesario conocer los principales riesgos biológicos a los que un celador puede estar sometido en su actividad laboral, así como las medidas de prevención y de respuesta en caso de posible contacto con alguno de estos agentes.

2 Objetivos

- Identificar los principales riesgos biológicos a los que un celador, está sometido durante su actividad profesional, así como las medidas preventivas para evitar contactos con dichos agentes, y protocolos de actuación en caso de posible contacto con los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Durante la realización de su actividad profesional, el celador está expuesto a multitud de riesgos, entre ellos, los más relevantes son los riesgos biológicos, es decir, la exposición a agentes biológicos como virus, bacterias o parásitos. La exposición a dichos agentes se da generalmente derivada del contacto con pacientes infectados de forma directa, o indirecta por contacto con fluidos del paciente, muestras u objetos infectados. Dentro de las vías de entrada de los agentes patógenos en el organismo, podrían destacarse por su relevancia las siguientes:

1º Contacto directo con el paciente, como es el caso del virus de la varicela-zóster o herpes zóster.

2º Vía respiratoria, siendo vía de contagio de patógenos como la influenza, *Mycobacterium tuberculosis* o Covid-19.

3º Vía hemática, siendo una vía de transmisión de las conocidas como ETC, es decir, VIH, VHB o VHC, así como otros patógenos relevantes como el *Clostridium tetani* o el virus de la rabia.

4ºVía fecal, es una vía preferida por patógenos gastrointestinales como enterococos, Campylobacter, Salmonella o algunos parásitos gastrointestinales.

Dentro de la actividad profesional del celador, las vías más relevantes serían la respiratoria, al contacto con un paciente infectado, pinchazos con agujas infectadas o contacto a la hora de manipular restos o muestras de pacientes infectadas.

Para evitar en la medida de lo posible el contacto con dichos agentes patógenos, se enuncian una serie de medidas de profilaxis preventiva a aplicar de manera general:

- 1º Planificar cualquier actuación antes de ejecutarla.
- 2ºSeguir siempre los protocolos de actuación.
- 3ºTrabajar con orden y limpieza.
- 4º Vacunación como medida preventiva.
- 5ºTrabajar con orden y limpieza.
- 7ºLavarse las manos al entrar y salir del centro, además, deberán lavarse antes y después de tratar a un paciente.
- 8ºEvitar uso de objetos o prendas que puedan ser vías de transmisión de patógenos.
- 9ºRecogerse el pelo, evitar uñas largas.
- 10ºUsar medidas protectoras como guantes, bata, mascarillas, protección ocular, según cada caso.
- 11ºTomar precauciones a la hora de manejar muestras o microorganismos en función de su posible vía de transmisión.
- 12ºConsiderarla sangre y otros fluidos orgánicos como potenciales transmisores de VIH, VHB o VHC.
- 13ºEn caso de tener heridas, deberán cubrirse con apósitos impermeables, si dichas heridas están en las manos, usar guantes.
- 14ºNunca reencapsular agujas usadas, desecharlas en los contenedores adecuados.
- 15ºUsar bolsas resistentes para los residuos no cortantes.
- 16ºAquellos objetos que estén en contacto con fluidos, serán preferentemente de un solo uso, en caso de no ser posible, deberán esterilizarse después de su uso.
- 17ºNo comer ni beber en la zona de trabajo.
- 18ºSegregar y tratar adecuadamente los residuos.
- 19ºValorar la necesidad de aislar a ciertos pacientes infecciosos.
- 20ºMantener siempre las medidas de asepsia y aislamiento.

En caso de posible contacto con un agente patógeno, el protocolo de actuación a seguir sería el siguiente:

1º En caso de contacto a través de objeto infectado o muestra, retirar el objeto inmediatamente y eliminarlo en el lugar adecuado.

2º Lavado de la zona afectada según caso:

- En caso de salpicadura sobre piel íntegra, lavado con abundante agua y jabón.
 - En caso de salpicadura sobre nariz o boca, lavar con agua abundante.
 - En caso de salpicadura a ojos, lavar, sin restregar con suero salino o agua, si se tienen lentes de contacto, deberán ser desechadas.
 - En caso de corte, pinchazo, o contacto con herida: primero deberá lavarse con agua y jabón, permitiendo la salida de sangre de la herida durante unos 3 minutos, posteriormente, deberá desinfectarse la zona con antiséptico (alcohol, clorhexidina o povidona yodada), finalmente, se cubrirá la zona con una gasa impermeable.
- 3º Dar parte, a la mayor brevedad posible, al servicio de medicina preventiva. En caso de no ser posible, deberá comunicarse al departamento adecuado según centro o al servicio de urgencias. Si es posible identificar la fuente de contacto. Posteriormente, se hará una prueba de serología del afectado y del paciente y, si fuese necesario, profilaxis post, exposición de VIH y VHB.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos biológicos son una de las principales fuentes de riesgo laboral en el ámbito sanitario, la exposición de los profesionales en el desarrollo de su actividad laboral es continua, estando sometidos a un elevado riesgo de accidente laboral. En contacto con determinados agentes biológicos conlleva un elevado riesgo para el profesional, pudiendo este derivar en patologías de diversa gravedad que puede traer efectos perniciosos para él, para su entorno de trabajo e incluso ser un posible foco de riesgo por contagio. Es por ello necesario conocer las fuentes de riesgo biológico a las que el profesional celador está expuesto en su actividad laboral, así como las medidas de prevención, protección y respuesta frente a accidentes, las cuales permitirán evitar accidentes que pudieran acarrear graves consecuencias para la salud del afectado.

6 Bibliografía

1. Egs, F. (n.d.). Campus Virtual. <https://campusformacion.net/nuevocampus/contenidos.php#contenidoscursos>

Fernández-Escribano, M., & Prieto-Morales, M. (2019). Celador. Información de Prevención de Riesgos Laborales. <https://doi.org/10.4321/repisalud.9099>.

2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. (s. f.). BOE. Recuperado 29 de agosto de 2023, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>.

Capítulo 554

EL EQUIPO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA. EL PAPEL DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO Y SUS FUNCIONES

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

1 Introducción

El equipo quirúrgico está formado por un grupo de profesionales que engloban varias disciplinas. La relación y formación de cada uno de estos profesionales es fundamental para determinar en gran medida la calidad de los cuidados del paciente, el éxito de una intervención y la complacencia del paciente.

Las funciones y responsabilidades del equipo quirúrgico están especificadas en las normas del quirófano, que deben ser cumplidas obligatoriamente por todos los miembros del equipo quirúrgico, y en el manual de protocolos del hospital.

El tipo de personal y su número depende de muchos factores, tales como el tamaño del hospital, la cantidad de operaciones programadas y la organización jerárquica.

Por lo tanto, el equipo quirúrgico debe estar familiarizado con la normativa, los procedimientos, las estructuras y equipamiento que componen el quirófano para que puedan trabajar de manera eficiente dentro de un entorno de bienestar y seguridad del paciente.

Hay distintas denominaciones para organizar y clasificar al personal del equipo quirúrgico. Después de haberse consultado bibliografía relacionada con el tema expuesto, se puede proponer una clasificación general en personal sanitario y no sanitario, y una subdivisión dentro del personal sanitario en equipo estéril y no estéril.

A continuación, se define las funciones específicas del celador o celadora dentro del quirófano perteneciente al personal no sanitario.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del celador o celadora en el quirófano.
- Explicar el procedimiento a seguir del celador o celadora dentro del quirófano (vestimenta, tareas específicas,...).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de los celadores y celadoras están recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dichas funciones deben ser debidamente conocidas y llevadas a la práctica por este personal.

Después de haber consultado las funciones del celador o celadora en la legislación vigente, las más importantes son:

- Trasladar al paciente al quirófano con su historia clínica y aquellos documentos clínicos necesarios para la intervención.
- Realizar los servicios de guardia correspondientes a su turno.
- Tramitar en la mayor brevedad posible las comunicaciones orales, documentación u objetos que les sean encomendados por sus superiores.
- Trasladar mobiliario o aparataje de un servicio a otro según se lo indiquen.
- Velar por mantener silencio y orden en todas las dependencias de la Institución.

- Trasladar a los enfermos y enfermas, dentro de la institución y en el servicio de Urgencias,
- Ayudar a enfermería, a trasladar a los enfermos/as encamados que necesitan un trato especial.
- Ayudar a enfermería o al personal encargado a amortajar a pacientes fallecidos, y posterior traslado del cadáver al mortuario.
- Abstenerse de comentar a los pacientes o acompañantes sobre diagnósticos, exploraciones, tratamientos o pronóstico de su enfermedad, derivando las consultas que se les haga al médico encargado del paciente.

A sí mismo, el celador deberá cumplir cualquier misión que le sea encomendada por sus superiores.

Es muy importante que el celador entre al quirófano con el uniforme aséptico, mascarilla y gorro, y permanecerá en el antequirófano durante la intervención por si requieren de su ayuda.

Tanto el conocimiento adecuado de los procedimientos a seguir como las funciones son objetivo obligatorio del personal sanitario y no sanitario para el éxito y buen funcionamiento de la intervención quirúrgica, así como sus preparativos y posteriores actuaciones.

5 Discusión-Conclusión

Una vez descritas las funciones del celador dentro del quirófano y los procedimientos que debe seguir, así como el conocimiento de las normas específicas de cada Unidad Quirúrgica, es fundamental el papel esencial que desempeña el celador dentro de esta unidad, puesto que tiene funciones propias.

Es primordial que el celador cumpla una serie de normas dentro del quirófano, ya que es una zona de gran complejidad en cuanto al material y al equipo que se precisan.

Por último, cabe destacar la actitud que debe presentar estos profesionales dentro de la zona quirúrgica, requiriendo que sean comunicativos y responsables, también es necesario que respondan con rapidez y con precisión ante las demandas que les hagan sus superiores.

6 Bibliografía

- 1.- Matilde Casado Siles, Antonia Casado Siles y Rosa María Rodríguez Gómez. EL QUIRÓFANO, CONCEPTO DE CIRUGÍA, SALA DE REANIMACIÓN; AC-

TUACIÓN DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO. Rey Ali Servicios Gráficos y Publicaciones, SL. Jaén, 2010.

2.- Antonio Serafín Torreblanca Corral. EL CELADOR DE QUIRÓFANO. Editorial Edita. Badajoz, 2012.

3.- José David Alfaro Cortés, M^a Carmen Sáez Montero, Josefina Cortés Piquera. LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN SERVICIOS ESPECIALES. Editorial BuboK. 2020.

Capítulo 555

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. FUNCIONES ESPECÍFICAS Y CONOCIMIENTO GENERAL DEL SISTEMA DE APARATOS

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio sanitario donde el tratamiento y vigilancia del paciente en estado crítico es continuada y exhaustiva.

La Unidad de Cuidados Intensivos se suele situar dentro de la zona quirúrgica y próxima a la sala de reanimación. Dentro de esta unidad se pueden distinguir varias unidades específicas según su patología llamadas boxes. Así, hay boxes de Cirugía General, de Grandes Quemados, de Cardiología, de Politraumatizados.

Dado el carácter de la UCI, su equipamiento debe incluir un aparataje muy variado y especializado y sistemas, desde los más simples a los más complejos. Se puede decir que la Unidad de Cuidados Intensivos es como un hospital en miniatura. Se pueden encontrar respiradores automáticos, aparatos de masajes cardíacos, monitores de electrocardiogramas,...

Los aparatos que estén en el entorno de cada cama deben ser compatible con procurar un acceso fácil al paciente. Para ello se introducen sistemas de raíles que utilicen las paredes para ubicar todos los elementos necesarios para tratar al paciente.

Se puede decir que la UCI es uno de los sitios más importantes para introducir terapias novedosas y avances en técnicas de monitorización.

Habitualmente la Unidad de Cuidados Intensivos impone un gran respeto a los familiares de los pacientes hospitalizados y al personal sanitario que trabaja en otras áreas debido a los equipos altamente sofisticados que se encuentran en la UCI.

Dada la importancia de dicha Unidad es necesario que el celador sea conocedor de sus funciones y de los materiales y aparatos existentes en las habitaciones de los pacientes.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Conocer de manera general y básica el aparataje existente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una investigación basada en la consulta de bibliografía específica del tema elegido, con la lectura de libros relacionados con la temática del celador o celadora en cuanto al papel del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos. También se ha recurrido a búsquedas en internet, sobre todo en páginas web especializadas en conceptos sanitarios tales como Pubmed, Medline y Scielo en lo que aparecen artículos que han sido de gran ayuda en la realización del trabajo.

4 Resultados

Tras la consulta bibliográfica de tema que nos ocupa, se expone las funciones del celador o celadora en esta Unidad, siendo las siguientes:

- Trasladar al paciente a los servicios correspondientes para realizar pruebas diagnósticas.
- Trasladar los aparatos con precaución.

- Colaborar con el personal de Enfermería en los cambios posturales del paciente.
- Colaborar con el personal sanitario en el lavado e higiene de los pacientes.
- Controlar el acceso de los familiares del paciente a la Unidad informándoles del horario de visitas. También debe proporcionarles batas y mascarillas necesarias para entrar a la Unidad.
- Ayudar al personal sanitario en el amortajamiento de los fallecidos y su posterior traslado al mortuario.
- Y por último, realizar todas aquellas responsabilidades propias del celador que el personal sanitario le ordene.

Otro de los objetivos marcados en este trabajo es el de explicar de manera muy general el aparataje que se usa en la Unidad de Cuidados Intensivos y que el celador debe conocer básicamente.

Así los aparatos que se pueden encontrar en la UCI son:

- Los ventiladores portátiles o los respiradores. Son aparatos que se utilizan cuando el paciente pierde la capacidad de respirar por sí mismo evitando la asfixia. Este aparato tiene varios mandos (botón On-Off, Fracción inspiratoria de oxígeno, volumen minuto y frecuencia respiratoria) cuyos parámetros sean ajustados por el personal especializado.
 - Monitores de frecuencia cardíaca y electrocardiograma (ECG). Son fundamentales para detectar patologías cardíacas de urgencias y que van a requerir una rápida intervención.
 - Aparatos de masaje cardíaco o respiradores necesarios ante paradas cardíacas.
- Por último, la UCI como en el resto de las demás unidades del hospital cuenta con un carro de paradas que contiene la medicación necesaria para situaciones de urgencia. Contiene sueros, catéteres, sistemas y materiales específicos y se ubicará en el área central de la Unidad.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, cabe destacar que el celador o celadora debe mantenerse actualizado conforme a los nuevos avances y aunque no maneje los aparatos específicos existentes en la habitación del paciente de la UCI, sí debe conocerlos de manera general.

También es necesario que conozca las normas específicas de la Unidad de Cuidados Intensivos (horarios de visitas de los familiares a los pacientes, vestimenta obligatoria, normas generales de aislamiento y protocolos propios de la Unidad) para que puedan ser cumplidas de manera obligatoria.

No se puede olvidar que el celador debe ser consciente de los factores estresantes que se desarrolla en esta Unidad. Deben salvaguardar su propia salud física y psicológica.

6 Bibliografía

- 1.- Juan Tomás Giménez Cases. EL CELADOR EN LA UCI. Editorial Formación Alcalá. 2018.
- 2.- José David Alfaro Cortés, M^a Carmen Sáez Montero, Josefina Cortés Piquera. LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN SERVICIOS ESPECIALES. Editorial BuboK. 2020.

Capítulo 556

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO. POSICIONES CORPORALES Y DISPOSITIVOS DE AYUDA

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

1 Introducción

Gran parte de las personas que acuden a un centro de Salud u hospital, así como los pacientes que están ingresados tienen afectada de una manera o de otra su capacidad para moverse por sí mismos. Por lo que van a necesitar ayuda externa para llevar a cabo.

El celador va a estar directamente implicado en el movimiento y traslado de los usuarios en el ámbito sanitario y configura una de las funciones más características del grupo de celadores. Su desempeño (mejor o peor) va a tener consecuencias directas en el bienestar tanto del paciente como del trabajador.

Es fundamental conocer las técnicas de movilización para poder realizarlo correctamente.

Con este trabajo se quiere exponer las técnicas de movilización e inmovilización, así como las posiciones corporales que pueden adoptar el paciente encamado.

Hay que destacar que el uso de una posición o de otra depende directamente de la finalidad a conseguir (comodidad del paciente, prevención de lesiones, facilidad para la exploración del paciente ayuda en el tratamiento de una enfermedad o permitir una intervención quirúrgica).

El celador debe ser conocedor de estas posturas, puesto que la mayoría de las veces él será el encargado de colocar al paciente en esa posición.

2 Objetivos

- Exponer las técnicas de movilización del paciente encamado.
- Dar a conocer algunas las posiciones corporales y los dispositivos de apoyo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una investigación basada en la consulta de bibliografía específica del tema elegido, con la lectura de libros relacionados con la temática del celador o celadora en técnicas de movilización y posturas corporales en el paciente encamado. También se ha recurrido a búsquedas en internet, sobre todo en páginas web especializadas en conceptos sanitarios tales como Pubmed, Medline y Scielo en lo que aparecen artículos que han sido de gran ayuda en la realización del trabajo.

4 Resultados

Antes de comenzar a desarrollar los objetivos marcados en el trabajo, es conveniente que se explique los motivos por los que se mueve un paciente encamado:

- Para prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Para mantener el tono muscular y la correcta postura corporal del paciente.
- Para prevenir contracturas musculares.
- Para promover la autonomía del paciente enseñándoles las conductas más adecuadas y animarle para que participe en su movilización.

Las reglas básicas que se deben llevar a cabo a la hora de movilizar un paciente son las siguientes:

- Explicar al paciente el movimiento que se le va a realizar para que pueda colaborar en la medida de lo posible.
- Proteger todos los dispositivos que tenga instalados el paciente (tubos, drenajes,...)

- Realizar movimientos uniformes y constantes a la hora de movilizar a un paciente, utilizando la sábana de arrastre que permite una mayor comodidad en el desplazamiento.

Algunas de las técnicas que se pueden emplear en la movilización de un paciente son:

- Actuación ante un paciente que no colabora.
 - Serían necesario dos celadores, colocándose cada celador uno enfrente del otro en el lateral de la cama.
 - Cada celador introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro brazo por debajo del muslo.
 - Se sujeta al paciente y se levanta con cuidado hasta alcanzar la posición deseada.
- Movilización del paciente con ayuda de una sábana.
 - Se realizará con la ayuda de dos celadores y se colocará una sábana entremetida debajo del paciente, desde sus hombros hasta sus muslos.
 - Cada celador enrolla la sábana por su lado y desplaza el cuerpo del paciente hacia cualquier lado de la cama.
- Movilización del paciente en bloque. Se utiliza principalmente en pacientes que deben estar completamente alineados debido a una lesión en la columna vertebral.
 - Requiere la colaboración de dos o tres celadores, situándose en el mismo lado de la cama. Cruzar los brazos del paciente en el pecho.
 - Colocar los brazos debajo del paciente y a la orden de tres todos los celadores tirarán a la vez al mismo lado de la cama.
 - Levantar la barandilla de ese lado para evitar caídas y moverse al otro lado de la cama.
 - Rodar al paciente y colocarlo en una alineación adecuada.

Para abordar el segundo objetivo es fundamental observar la importancia del conocimiento de las diferentes posiciones. A continuación se va a exponer algunas de las posiciones básicas del paciente encamado.

1.- Posición decúbito Supino o Dorsal.

El paciente permanece tumbado sobre la espalda con las piernas extendidas y los brazos alineados al cuerpo. Esta posición es fundamental en estancias en la cama, en postoperatorios, para exploraciones o intervenciones quirúrgicas de tórax, abdomen y miembros superiores o inferiores.

2.- Posición decúbito prono o ventral.

El paciente se apoya sobre su abdomen y pecho con la cabeza inclinada hacia un lado y los miembros inferiores y superiores estirados. Esta posición se indica en

estancias en la cama, cambios posturales, exploraciones e intervenciones quirúrgicas de espalda, pacientes inconscientes y postoperatorios de espalda.

3.- Posición decúbito lateral.

El paciente permanece tumbado sobre un lado apoyando su cuerpo sobre la cadera y hombro. Son aconsejables en estancias en la cama, realización de cambios posturales, realización de higiene y masajes y para las inyecciones en la zona glútea.

4.- Posición de Sims.

La posición lateral de seguridad es una posición intermedia entre la posición decúbito prono y la posición decúbito lateral. Se adoptan cuando los pacientes están inconscientes, para prevención de aspiración del vómito, en una exploración rectal, en transportes de personas accidentadas y en la relajación muscular.

5.- Posición de Fowler.

Es una posición semisentada y son adecuadas para las exploraciones de garganta, nariz y ojos, para pacientes con problemas respiratorios, para pacientes con problemas cardíacos p para relajar la musculatura abdominal.

Antes de finalizar este apartado, es necesario enunciar los dispositivos de apoyo que aseguran la estabilidad y mantenimiento de las posiciones arriba indicadas. Así se puede contar con almohadas, bota, rollo trocantéreo, sacos de arena, rollos de mano, férulas mano-muñeca, barra trapecio, barandillas laterales, tableros de cama y camas-silla.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión es fundamental resaltar la figura del celador, ya que es el primer paso entre el paciente y la consulta del médico en urgencias o en el centro de salud. Es imprescindible que tenga conocimientos básicos de cómo movilizar a un paciente.

Para realizar la movilización se requiere de fuerza y coordinación muscular. Es frecuente que se produzcan dolores en la columna vertebral y sobrecarga muscular debido a las constantes repeticiones de esos movimientos.

Para evitar estas posibles lesiones se hace necesaria la interiorización de las técnicas de movilización.

Este trabajo se ha enfocado para exponer algunas de las técnicas de movilización en pacientes encamados, así como algunas de las posiciones corporales y los dispositivos de ayuda para mantener dichas posiciones.

6 Bibliografía

- 1.- Francisco Cordon Llera. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN E INMOVIIZACIÓN PARA CELADORES. Editorial Formación Continuada Logoss, S.L. 2008.
- 2.- Daniel Martínez González. LAS FUNCIONES BÁSICAS DEL CELADOR. Editorial Monsalvez2007 SL. 2021.

Capítulo 557

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA CAMA HOSPITALARIA Y TIPOS DE CAMA QUE PUEDE MANEJAR EL CELADOR EN SU PUESTO DE TRABAJO

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

Las primeras camas hospitalarias nacieron de las antiguas “literas” de la Gran Bretaña medieval. Consistían en una especie de hamaca que se componía de dos postes largos y una tela entre ellos. Al principio, no se usaban como camas, sino como transporte de personas en los baños comunitarios para que no pisaran el suelo y no se ensuciaran. Al ver lo prácticas que eran, se convirtieron en la solución perfecta para transportar a pacientes inmóviles.

En la antigua realeza egipcia y romana, se utilizaba la versión silla para el transporte de sus miembros.

Debido a la necesidad de mejorar la atención a los pacientes, entre la época medieval y la actualidad la cama de hospital ha pasado por una serie de modificaciones hasta llegar a las camas que podemos encontrar hoy en día.

Parece ser que los primeros modelos de cama hospitalaria aparecieron entre 1815 y 1825 en Londres.

El diseño de la primera cama moderna fue registrado en 1874 , llevaba un armazón de colchón con un cabezal abatible. Así se dio paso a la elevación manual. Los materiales empleados eran hierro y latón y no llevaba ruedas.

Este tipo de cama se utilizó sobre todo en los hospitales de Europa y América, pero aún le quedaban por realizar muchas mejoras, pues era muy difícil de trasladar. El cambio a materiales menos pesados como los tubos de acero y la incorporación de ruedas hizo que la cama de hospital mejorara mucho en cuanto a movilidad.

2 Objetivos

- Conocer la historia de la cama hospitalaria.
- Conocer las principales características de las camas que actualmente podemos encontrar en el entorno de los hospitales.
- Enumerar los principales tipos de cama que podemos encontrar en un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido “cama hospital” y “cama hospitalaria” .

4 Resultados

La cama hospitalaria presenta una serie de características como pueden ser las siguientes:

La estructura está hecha con tubos de hierro huecos, es fácil de lavar y desinfectar y está pintada de color claro.

Las medidas son de 0,70 m a 0,90 m de ancho y de 1,90 m a 2 metros de largo. En algunos hospitales se pueden encontrar camas especiales para determinados servicios que variarán de estas medidas, como por ejemplo las destinadas a pacientes de obesidad mórbida.

La altura es regulable bien manual o automáticamente. El mínimo es 70 cm desde el suelo sin incluir el colchón.

Cuenta con ruedas en las patas que llevarán freno.

Son articuladas para elevar la cabecera y los pies.

La cabecera se podrá desmontar para asistencia médica o aseo.

Para evitar que el paciente se caiga puede contar con barandillas abatibles.

El colchón tendrá una dureza media y será lavable.

Puede tener otros accesorios para agarre del paciente o instalación de goteros.

No deben ser muy pesadas para que se puedan mover con facilidad.

Debe ser accesible desde los lados y se intentará que no quede demasiado cerca de la ventana o la puerta para evitar corrientes de aire.

Una cama se usa por muchos pacientes, por lo que tiene que ser resistente y duradera.

En la mayoría de los hospitales de España, podemos encontrar varios tipos de camas. Dependiendo del tipo de hospital que sea y sus características, los modelos pueden variar notablemente, incluso dentro del mismo dependiendo del servicio al que se destinen. Por ejemplo, no es igual una cama de psiquiatría que de UCI o trauma, etc.

Algunos tipos de camas hospitalarias son:

- Cama rígida
- Cama articulada
- Cama ortopédica o traumatológica
- Cama electrocircular
- Cama libro
- Cama de levitación
- Cama roto-test
- Cama Gatch
- Cama de quirófano
- Incubadora

5 Discusión-Conclusión

La cama hospitalaria, es uno de los muebles más numerosos que podemos encontrar en los hospitales y uno de los elementos que más manipula el celador en su día a día. Como se ha visto, se llevan utilizando desde 1820 aproximadamente y han ido mejorando sus características hasta llegar a las actuales. Es muy importante que el celador conozca los tipos de cama que hay y sus principales características, pues esto le ayudará en la manipulación de estas.

También hay que tener en cuenta que dependiendo del tipo de hospital, los modelos pueden variar considerablemente.

Se debe prestar mucha atención al estado y mantenimiento de las camas, pues si no están en buen estado repercutirá tanto al paciente por las molestias y la incomodidad que le pueda provocar como al celador a la hora de manipularla.

6 Bibliografía

1. Historia de la cama de hospital] Hicomedical [Internet] [citado 14 agosto 23] Disponible en <https://es.hicomedical.com/blog/history-of-the-hospital-beds>.
2. La cama hospitalaria Ocronos-Editorial Científico-Técnica [Internet] [citado 14 agosto 23] Disponible en <https://revistamedica.com/camas-hospitalarias/>.
3. Historia de la cama hospitalaria studylib.es [Internet] [citado 14 agosto 23] Disponible en <https://studylib.es/doc/6063281/historia-de-la-cama-hospitalaria>.
4. Tipos de camas hospitalarias. 15/01/2020, de celadores online [Internet] [citado 14 agosto 23] Disponible en <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-3.html>.

Capítulo 558

EL TRABAJO DEL CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

BEATRIZ CHICO ARCHE

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

Dentro de una institución sanitaria, ya sea centro de salud, hospital, etc., hay una serie de profesionales que con el objetivo de dar una asistencia de calidad a sus usuarios, en este caso en primer lugar los llamados pacientes y después los acompañantes, desarrollan su actividad en estos. Para estos profesionales y en vista de conseguir una mayor efectividad, el organigrama los ha dividido en sanitarios y no sanitarios, dentro de este organigrama a los celadores hay que situarlos en la categoría de no sanitarios, y depende el Servicio de Gestión. Y no son los únicos, por ejemplo los gobernantes, los cocineros, los electricistas, etc. también se cuentan entre ellos.

En este capítulo vamos a hablar de la figura del celador y además respeto a sus funciones y responsabilidades dentro de un servicio hospitalario tan importante como es el de Medicina Nuclear, altamente cualificado y específico.

El celador en general tiene sus funciones reflejadas por estatuto, en concreto por el Estatuto Marco, este lo podemos encontrar en la Ley 55/2003, del 16 de diciembre de ese año, y aunque tiene funciones desfasadas como actuar de ascensorista,

todas ellas están plenamente vigentes y ayudar a que este profesional consiga un trabajo de calidad dentro de todos y cada uno de los servicios que hay en las instituciones.

2 Objetivos

- Comprender las funciones de un celador y en concreto su trabajo dentro del servicio de medicina nuclear dentro de los hospitales dotados con unidad para ello.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Hemos utilizado las siguientes palabras clave para nuestra búsqueda en Internet: celador, medicina nuclear, hospital, áreas de radiación, colimador, paciente, radiografía, TAC, líquidos de contraste, imagen por diagnóstico, técnico superior. Así mismo, se ha obtenido información de libros específicos de dicha sección, así como preguntar sus funciones y experiencia a compañeros celadores que tienen su destino en dicho servicio.

4 Resultados

Una de las características definitorias de este servicio es el uso de ondas de radiación electromagnética (alfa, beta, gamma y neutrones) que se propagan por el aire para poder realizar las pruebas a los pacientes, por lo tanto, la delimitación de las zonas es importante. Estas quedan dentro del servicio y que, además, deben ser conocidas por todo el personal, incluido el celador, de la siguiente forma:

- La zona libre:

Es aquella en la cual no existe ningún tipo de riesgo y permite la libre deambulación, aunque no lleva señalización significativa, debe de mantenerse las mismas normas de comportamiento que obran como en el resto de la institución. No obstante, es aconsejable que la deambulación sea lo más breve posible.

- La zona vigilada:

Estará señalizada con un trébol de color gris-azulado. Existe la posibilidad de superar los límites establecidos para los miembros del público, pero siendo muy difícil que se puedan superar los 6 mSv para dosis efectivas. Por lo tanto, su deambulaci3n debe estar m3s restringida todav3a. No es buena idea permanecer demasiado tiempo en ella, solo lo estricto y necesario.

- La zona controlada:

Ser3a sealizada con un trébol de color verde. En dicha zona se pueden superar los 6 mSv para dosis efectivas o los límites para dosis efectivas, en las siguientes partes del cuerpo y piel, cristalino y extremidades. Lo cual supone un peligro para la salud del paciente y del personal sanitario y no sanitario.

A su vez, esta zona controlada se subdivide en las siguientes zonas:

- La zona controlada de permanencia limitada: estar3a sealizada con un trébol amarillo. En ella tenemos la posibilidad de recibir dosis superiores a las establecidas en largo periodos de tiempo, lo cual supone un serio riesgo para la salud.

- La zona controlada de permanencia reglamentada: estar3a sealizada con un trébol naranja. Existe el riesgo de recibir dosis que superan todos los límites establecidos, en cortos periodos de tiempo, lo cual supone un peligro mayor todav3a que en el anterior apartado.

- La zona de acceso prohibido: estar3a sealizada con trébol de color rojo. En la zona en la que una sola exposici3n podemos recibir dosis de radiaci3n que superen todas las dosis m3ximas permitidas. Es una zona de m3ximo peligro.

Como se puede ver en la enumeraci3n y explicaci3n de estas zonas, se advierte cu3les son las que guardan mayor peligro y en cu3les es normal que se desarrolle la actividad.

El celador de medicina nuclear, entre sus tareas, junto con el resto del personal del servicio, cuidar3a de que la deambulaci3n del paciente sea la estricta y necesaria seg3n la prueba que deba hacerse, por lo tanto, tambi3n deber3a no permitir de comida o bebida por parte de pacientes, y menos a3n de acompa3antes. Por ello se ocupar3 el orden y silencio del servicio.

El celador cuidar3a de que los pacientes no hagan un uso indebido de la zona, dar3n parte de los posibles deterioros, puesto que debido al uso de onda en este servicio es a3n m3s importante y cuidar3 del uso y manejo de los 3tiles del servicio (puertas, ventanas...).

El traslado de pacientes correr3 a cargo del celador, que en todo momento identificar3 paciente-volante y se coordinar3 con el celador y personal de otros servicios para conseguir la mayor eficiencia y acortar los tiempos de espera. En estos tiempos de espera tambi3n se incluye el traslado de pacientes provenientes de ambulancias ya provengan de hospitales o de domicilios.

Llevará sin demora cuantas peticiones – ya sean orales o escritas- sean necesarias, así como se ocupará del traslado de voluminosos -aparatos o mobiliario, material que se requiera en el servicio u otros-, con la ayuda pertinente de un carrito si así lo necesitase, de una zona a otra del servicio de Medicina Nuclear y hacia otros servicios, si así se le requiriera.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las características especiales del servicio, además de las funciones propias de su categoría, el celador está obligado a observar las prohibiciones totales y relativas al acceso de zonas debido a las ondas con las que se trabaja, velando por la salud del paciente. Por ello, tras la investigación realizada para este trabajo, se constata la importancia que tiene el conocimiento del celador sobre su trabajo, ya que es un servicio en continua renovación de conocimientos, de estos se le tendría que hacer partícipe también al celador como profesional que desarrolla su labor en esas instalaciones.

Estos conocimientos deben ser conseguidos mediante cursos, ponencias, charlas, seminarios en los que, ya sean presencialmente, on line o mixtos, se le da cabida también a su figura profesional.

6 Bibliografía

1. Manual para el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, Ed Panamerica, año 2021.
2. www.formacurae.es.
3. www.celadoronline.blogspot.com.
4. www.revistamedicina.com.

Capítulo 559

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DENTRO DEL ÁREA DE PUNTO DE EXTRACCIÓN

BEATRIZ CHICO ARCHE

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

Un celador es un profesional del ámbito sanitario adscrito a la Dirección Sección de Gestión y de Dirección de Servicios paralela a la Sección de Enfermería. La sección de Gestión y Servicios, además de esta categoría, lleva otras tantas más como puede ser pinches de cocina y otro personal de cocina, administrativos, gobernantas, telefonistas, auxiliares administrativos, ... Y aunque trabajen dentro de una institución sanitaria, por su estatuto son claramente personal no sanitario al servicio de la institución.

Este estatuto llamado Estatuto Marco, es reflejo de una Orden promulgada por el Ministerio de Trabajo en el año el 1971, en concreto el 5 de Julio, publicándose en el siguiente día hábil que fue el 22 de julio del mismo año.

Con este Estatuto Marco se moderniza relativamente la figura del celador, puesto que se derogan tres estatutos anteriormente vigentes, situándose en la totalidad de veintitrés funciones principales, siendo 22 de ellas con carácter específico y una no específica.

No obstante, desde esta introducción se resalta la importancia de continuar ahondado en sus funciones e influencia de su labor para poder proseguir el desarrollo en posteriores reformar del Estatuto Marco que vengan.

Actualmente, el Estatuto Marco del personal estatutario no sanitario vigente es el que se rige por la Ley 55/2033, que fue publicado el 16 de diciembre del 2003.

2 Objetivos

- Presentar la figura del celador y el trabajo que realiza en concreto en el Servicio de Punto de Extracción, así como de la relación que mantiene en este trabajo con otras categorías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Estos artículos son fácilmente localizables en las direcciones que se exponen en el apartado de bibliografía.

Las palabras clave para la búsqueda han sido: celador, personal no sanitario, funciones, punto de extracción, supervisión, calidad, equipo de enfermería, laboratorio, hospital, muestra biológicas, centro de salud, pruebas normales y especiales, pacientes y acompañantes.

Así mismo, se ha tenido en cuenta la experiencia personal mediante preguntas a compañeros que trabajan en dicho servicio, así como de textos específicos relativos a la categoría del celador perteneciente a oposiciones actualizadas respecto a diferentes comunidades y editoriales.

4 Resultados

El punto de extracción es un servicio que se da a primera hora de la mañana dentro de la institución sanitaria por el motivo de que muchas pruebas deben hacerse en ayunas y este horario es el mejor para poder realizar una extracción sanguínea con resultados fiables.

Los profesionales que participan dentro de una labor de extracción son el personal administrativo, el técnico de laboratorio, el enfermero diplomado y por supuesto el celador.

La labor del celador en el punto de extracción es básicamente la de apoyo al personal, ayuda a los pacientes que así lo requieran y la de conducción de trámites, documentos y objetos para el buen desarrollo de la labor.

El apoyo que se dispensa es la ayuda a la sujeción de pacientes que así lo necesiten y el acarreo de material (por lo general voluminosos como puede ser botes de orina de recogida de 24 horas o material médico como bisturís o tijeras) que se necesite durante y tras la extracción, así como antes para tenerlo todo preparado al comienzo de la extracción.

No obstante, el celador puede abandonar de manera periódica para tramitar comunicaciones verbales o escritas el punto de extracción que lo requiera para la buena marcha de este servicio, según indicaciones de sus compañeros.

Será el celador el que esté a cargo de la vigilancia del servicio de punto de extracción, no permitiendo la entrada a personal no autorizado y cuidando del orden y del silencio para que se pueda realizar una tarea correcta.

Mediante carros o similares, el celador podrá movilizar las diferentes muestras (sangre- que son la mayoría-, orina, heces, esputos, semen) y durante y tras la extracción irá distribuyéndolos por los diferentes servicios de Laboratorio (es decir, Análisis Clínicos- Recepción de Muestras, Microbiología, Hematología, Orinas etc.) Si cada una de estas muestras tuviese documentación (es decir volantes, consentimientos informados, informes de otras consultas...), también se encargaría de custodiarlos y entregarlos junto con sus correspondientes muestras.

En ningún momento podrá entregarse muestras sin identificar y si así fuese, sería el celador de Punto de Extracción el encargado de hacérselas llegar al equipo de enfermería de Punto de extracción desde las diferentes áreas de laboratorio que se las han rehusado.

Velará por el buen uso y el traslado de sillas de ruedas, camillas o pies de sueros para posibles goteos de los pacientes, entre otros, dentro del servicio de Punto de Extracción, y mantendrá en todo momento, además del silencio profesional, las relaciones necesarias con sus compañeros de consulta por si algún paciente necesita un auxilio especial o vienen de otro servicio o planta para alguna prueba en especial, como por ejemplo: crioglobulinas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata la importancia del trabajo del profesional no sanitario celador dentro del punto de extracción, tanto en sus tareas propias como aquellas que se le encomienden por escrito u oralmente.

Si su figura no existiese, la labor dentro del equipo que interviene en el servicio de Punto de Extracción se obstaculizaría o ralentizaría significativamente.

No obstante, se resalta que la figura del celador debe ir pareja con los cambios que periódicamente se advierten dentro del punto de extracción, respecto a progresos en la dinámica de trabajo que se puedan implementar. Es por esto, que será necesaria la formación de este profesional.

También se considera esencial hacerle partícipe de las consultas de mejora que se puedan dentro del departamento de calidad para tener en cuenta su opinión y tratar de ofrecer un mejor servicio tanto a pacientes como acompañantes.

6 Bibliografía

1. [Www.formacurae.es](http://www.formacurae.es).
2. www.murciasalud.es.
3. www.blogdelcelador.es.
4. www.juntadeandalucia.es.
5. Ed MAD de Oposición de Celador, año 2023. Comunidad de Madrid.
6. Ed CEF de Oposición de Celador, años 2023. Comunidad de Castilla La Mancha.

Capítulo 560

EL CELADOR EN LA UNIDAD DEL PACIENTE. LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES Y LOS OBJETOS Y MOBILIARIO QUE EL CELADOR MANEJA EN ELLA

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

La unidad del paciente es el espacio donde este va a permanecer durante su estancia en el centro hospitalario. Está compuesta por el espacio de la habitación o box que ocupará el paciente, el mobiliario y aparatos que hay dentro de estos y los objetos que utilizará el paciente durante su estancia en el hospital.

En un hospital, el número de unidades del paciente es igual al número de camas que tenga el hospital.

Para el bienestar del paciente, la unidad del paciente debe estar en perfectas condiciones tanto de conservación como de mantenimiento y limpieza. También debe de estar provista de toda la ropa y accesorios que sea necesario.

Con el paso del tiempo, las características del mobiliario y objetos que hay en los hospitales ha ido cambiando y hoy en día son muy diversos y abundantes con los que el celador debe estar familiarizado.

Según el Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, los celadores “Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia y objetos que le sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos y mobiliario que se requiera”.

2 Objetivos

- Exponer los objetos y mobiliario que debe manejar el celador habitualmente cuando se encuentra en la unidad del paciente.
- Conocer las condiciones mínimas que debe reunir la habitación del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave para la búsqueda han sido “unidad del paciente”, “hospitalización” y “habitación del paciente”.

4 Resultados

En la unidad del paciente se pueden encontrar los siguientes objetos. Aunque puede variar de un hospital a otro, generalmente, estas unidades cuentan con:

- Cama hospitalaria, que dependiendo de la unidad puede ser distinta, por ejemplo cama de psiquiatría, cama de unidad de cuidados intensivos (UCI), etc.
- Accesorios de la cama como pueden ser colchón, barandilla, porta sueros, etc.
- Ropa de cama, sábanas, colchas, mantas, almohadones.
- Ropa del paciente como camisón, pijama.
- Toalla y accesorios de aseo (Jabón, esponja etc.)
- Armario.
- Mesita individual para guardar cosas.
- Mesa para las comidas que puede ser plegable.
- Silla y/o sillón.
- Timbre para avisar al control de enfermería/planta.

- Teléfono.
- Televisión.
- Bandeja de comidas.
- Cuña o botella.
- Vasos.
- Estor o biombo para separar las unidades en el caso de habitaciones compartidas para preservar la intimidad del paciente.
- Toma de oxígeno y de vacío.

Dentro de una misma habitación puede haber varias unidades del paciente. La habitación del paciente debe de tener unas características mínimas obligatorias que son:

Suficiente espacio que permita los cuidados y aseo del paciente. Si hay más de una cama, como mínimo habrá un metro de separación entre ellas.

La puerta de la habitación debe ser lo suficientemente ancha para que puedan pasar las camas, sillas de ruedas etc.

Siempre que se pueda contarán con luz natural, si ésta es insuficiente entonces se utilizará luz artificial.

La temperatura oscilará entre 20 y 22 grados aproximadamente.

La ventilación se realizará bien por la apertura de ventanas o aire acondicionado.

La habitación debe estar aislada acústicamente y se evitará hacer ruido.

El mobiliario debe estar adaptado a las necesidades del paciente.

El baño estará incorporado a la habitación.

Los colores de las paredes serán claros y sin brillos.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar este trabajo se ha llegado a la conclusión de lo importante que es que la unidad del paciente cuente con todos los elementos necesarios y esté en perfecto estado de conservación y mantenimiento para hacer la estancia del paciente lo más cómoda posible.

Que el paciente se sienta a gusto le hará sentir mejor y esto ayudará a tener una actitud positiva que puede repercutir en que la recuperación sea más rápida.

También es muy importante que el personal en contacto con el paciente, sanitario y no sanitario como es el celador, preserven la dignidad y la intimidad del paciente y que intenten empatizar con él.

6 Bibliografía

1. Estatuto del Personal no sanitario al Servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
2. La unidad del paciente [Internet] [citado 14 agosto 23] Disponible en <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf>.
3. Unidad del paciente [Internet] [citado 14 agosto 23] Disponible en <https://revistamedica.com/unidad-paciente-composicion/>.
4. Características de una habitación hospitalaria[Internet] [citado 14 agosto 23] Disponible en http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_habitacion_hospital.htm.

Capítulo 561

LA FIGURA DEL CELADOR Y SUS COMPETENCIAS DENTRO DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

BEATRIZ CHICO ARCHE

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

La figura del celador dentro de la sanidad es clave para conseguir dar un servicio de calidad al paciente, puesto que además de ser uno de los profesionales no sanitarios con los que cuenta cualquier institución es el primer personal con el que se encuentra nada más llegar y el que le permite el acceso. Por supuesto, si figura está regulada, por medio de la promulgación del Estatuto Marco (vigente por la Ley 55/2003 del 16 de diciembre del presente año) y que cubre a todo el personal estatutario del sistema sanitario. Este Estatuto Marco es amplio y a la vez en ciertos párrafos, ambiguo en algunas de las funciones de este personal, no obstante también queda recogida las coletillas de que por necesidad asistenciales, el celador podrá hacer determinadas tareas.

Por supuesto que estas tareas tanto las principales como aquellas que se le encomienden varían según el servicio o área en el que el celador desarrolle su trabajo. Desde esta introducción comenzamos a preparar el desarrollo de lo que va a ser el trabajo del celador dentro del Servicio de Laboratorio, en concreto en el área

de Análisis Clínicos-Recepción de Muestras, con la cual cuenta cualquier hospital por pequeño o modesto que sea, tanto para la recepción exterior (pacientes que provengan de la calle) como interior (plantas y consultas del propio hospital), sus competencias y cómo deben ser desarrollados dentro del servicio.

2 Objetivos

- Conocer la figura del celador dentro del área de análisis clínicos y cómo se desempeña las funciones dentro del servicio.

3 Metodología

Con la idea de analizar las funciones del celador respecto al área escogida hemos buscado en Internet (buscador de fácil acceso como es Google) las siguientes palabras para comenzar a redactar nuestro capítulo: celador, funciones, análisis clínico, laboratorio, extracción, recepción de muestras, material, almacén, distribución de determinaciones, interrelación, personal sanitario y no sanitario, prevención de riesgos laborales. A partir de estas palabras hemos leído diferentes artículos que nos sirven como base para concretar nuestras ideas.

Además nos hemos valido de la experiencia de compañeros ubicados en dicha zona que nos han contado lo que hacen y cuál es el orden, sus competencias y la manera en que se desenvuelven en su día a día.

Para finalizar, también hemos contado con libros específicos y actualizados dedicados a la figura del personal no sanitario en la categoría de celador.

4 Resultados

-Encontramos que el celador de laboratorio es el encargado de controlar los accesos (suele ser mínimo dos) a las instalaciones para el público en general. Solo se dejarán pasar a compañeros portadores de muestras o personas autorizadas a tal efecto, que lo harán de manera ordenada. También entra dentro de sus competencias, guiar verbal y adecuadamente a aquellos usuarios que necesiten llegar a zonas cercanas a su área de trabajo y que por error hallan llegado hasta análisis clínicos.

-Es el celador quien se ocupa del transporte de objetos tanto con peso como voluminosos, tanto dentro del servicio como a otras áreas donde puedan ser necesarios. Hemos encontrado que lo hacen con la ayuda de carros, camareras, palet,

etc. Estos objetos y voluminosos son material específicos de análisis clínicos que suelen componerse de: tubos para las determinaciones de los pacientes (sueros uno, dos, hemogramas, coagulaciones, litios, ...), vendas, guantes, adaptadores, algodón, jeringas, folios, cartuchos de tinta, etc. Los voluminosos suelen ser tanto material de oficinas (ejemplo: impresoras de etiquetas, fotocopadoras para papel, escáner para documentos...) como material para recogida de muestras de los pacientes (ejemplo: botes de 24 horas de orina).

-Todos aquellos documentos que le puedan ser encomendados dentro del servicio de análisis clínicos se le dará al celador, así como transmitirá ordenes verbales ordenadas por sus superiores. Por lo tanto es la figura definitiva para repartir, llevar y recoger documentación.

-Será el celador el encargado del traslado del material de almacén. Hemos comprobado que dentro de esa sección hay numerosos almacenes, cada uno de ellos destinados a un tipo diferente de material. Por ejemplo hemos encontrado el almacén de orina, el almacén de tubos y el almacén de papel y material de oficina. Ayudará, también, si es necesario, al personal sanitario a colocar este material en sus lugares correctos.

-El celador ayudará como el resto del personal del servicio dar cuenta de posibles daños, desgaste y desperfectos que encuentre en su área de trabajo. Este aviso lo dispensará a sus compañeros y a su inmediatamente superior.

-Debido de la importancia de las muestras que se recepciona y manipulan dentro de análisis clínicos, el celador como cualquier otro profesional de la institución, está obligado a guardar silencio y discreción sobre cualquier dato personal y médico que esté a su alcance.

-Es en la figura del celador donde encontramos el enlace de este servicio con otros del hospital, puesto que será quien salga si fuese necesario a otras plantas para llevar material, documentos, etc. Volviendo a su puesto de trabajo para continuar desempeñando su labor, lo antes posible.

-Si es necesario para la buena marcha del servicio de análisis clínicos, será el celador, previa orden e instrucciones de sus superiores, el encargado de hacer pequeños recados oficiales, como puede ser recoger algún paquete o encargo del exterior durante el tiempo estrictamente necesario.

5 Discusión-Conclusión

Una vez más se advierte por nuestros resultados la importancia de tener un celador dentro del servicio de análisis clínicos, no solo para desarrollar sus labores propias sino también como enlace para otras áreas y la buena marcha del

laboratorio.

Como el laboratorio es un lugar dinámico, donde se adquieren numerosas habilidades y se tienen bastantes conocimientos respecto al material, es importante la continua adaptación e información que se le pueda suministrar al celador, par con seguirlo se aconseja que sea debidamente informado por compañeros y superiores y además que el celador pueda participar en cuantas actividades formativas se incluyan en su servicio. Estas actividades formativas pueden ser charlas, ponencias, cursos tanto on line, mixtos como presenciales, etc. donde no solo interactúe con celadores de otros hospitales sino también con compañeros de otras categorías que trabajen análisis clínicos.

6 Bibliografía

- 1.- www.ifp.es
- 2.- www.formacioncarpediem.com
- 3.- www.tusaludtotal.com
- 4.- Oposición Celador Castilla La Mancha 2023 Editorial MAD
- 5.- Oposición celador Comunidad Andaluza Ed CEF

Capítulo 562

EL CELADOR Y SU TRABAJO EN EL ALMACÉN DE LOS HOSPITALES

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

1 Introducción

Una actividad de suministro o control del almacén y, en consecuencia, de los servicios sanitarios que prestan los hospitales y centros sanitarios, es el suministro de todo el material sanitario a los almacenes e instalaciones sanitarias. Tiene que ver con la dirección general y los servicios generales de la división empresarial y profesional del hospital(1).

La mercancía destinada al suministro interno será entregada en almacén mediante el suministro externo previa solicitud a diversos proveedores.

Las mercancías pedidas y destinadas al suministro interno son entregadas al almacén por diferentes proveedores en la categoría de suministro externo.

Para desarrollar la actividad asistencial asignada, se entiende por suministros internos las tareas destinadas a trasladar los suministros necesarios desde el almacén hasta las zonas designadas de los servicios o unidades de un centro sanitario.

El celador será el encargado de recibirlo todo, inspeccionar el material, colocar los productos en las estanterías, comprobar que se completan correctamente los pedidos de los distintos servicios o unidades del hospital y distribuir el suministro a las distintas plantas y servicios. formar parte del inventario general e informar al jefe de almacén de la recepción de materiales, además es el responsable de recibir y almacenar toda la mercancía para que pueda ser distribuida a los diferentes pisos y servicios del centro de salud.

2 Objetivos

Hacer un análisis de todas las tareas y funciones que tienen los celadores en los almacenes hospitalarios y centros sanitarios.

3 Metodología

Para hacer este trabajo se ha realizado una gran búsqueda e investigación continua y repetida en las revisiones bibliográficas de los artículos y libros ya publicados, así como de los sitios web en los que se basan como es google.

4 Resultados

Dependiendo de en qué parte o zona del almacén se encuentre, las funciones de un director pueden incluir las siguientes.

- Como parte de sus responsabilidades en el muelle de carga, el guardia es el encargado de tomar el material que llega y asegurarse que la calidad y cantidad coincidan con lo solicitado. Deberá mover los artículos dentro del almacén después de obtener permiso para hacerlo.
- Mientras ocupa el puesto en el almacén, el celador es el principal responsable de coger y planificar la ubicación de los suministros que entren. Para garantizar el buen funcionamiento del almacén, se dividirá el material en dos grupos y siempre clasificados en función de su peligro infeccioso, así como de sus características y la duración que tiene. Según el riesgo de infección, se clasifican en tres grupos. Es crucial. Estos elementos, como marcapasos, tornillos, prótesis, placas y stents, deben estar completamente esterilizados porque serán fijos o insertados temporalmente dentro del cuerpo de los pacientes.
- Medio crítico. Son elementos como bandejas y otros elementos que no es necesario asepsiar por completo. al no ser focos de transmisión infecciosa, basta con

desinfectarlos.

- Sin importancia. Incluyen cosas como es la ropa de cama, los baños de un solo uso, los vasos de plástico, etc. Dado que el paciente no está expuesto a estos materiales, no son esenciales. Según sus características se dividen en dos grupos:
- Inventable. se utiliza para describir el equipo hospitalario que está instalado permanentemente, como camas, lámparas, sillas de ruedas, los sillones, las máquinas de rayos X y escáneres.).
- Consumible. las pinzas son ejemplos de materiales que pueden perderse o dañarse como consecuencia del uso. Sin embargo, después de la esterilización, estos materiales se pueden reutilizar una vez más.

5 Discusión-Conclusión

El celador es uno de los empleados no sanitarios que trabajan en el sector sanitario. Se pueden encontrar en casi todos los departamentos de los hospitales y realizan una variedad de tareas, pero su trabajo en el almacén siempre se destaca como particularmente crucial para el funcionamiento de cada centro de atención médica.

Es el responsable de recibir y almacenar toda la mercancía para que pueda ser distribuida a los diferentes pisos y servicios del centro de salud. Es aquel material que se daña o desaparece como consecuencia del uso; sólo puede usarse una vez y luego desaparecer, o puede esterilizarse y usarse nuevamente (pinzas, cristalería, bisturís, sondas, tijeras, tornillos, placas, etc).

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 563

EL CELADOR Y SU COMETIDO EN EL ANIMALARIO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

1 Introducción

Se ha descubierto que el uso de animales en experimentos es esencial para realizar nuevos descubrimientos, y la investigación es un componente importante del campo de la salud. En estas áreas, conocidas como animalarios, los animales que se utilizarán en experimentos son cuidados para que no soporten sufrimiento innecesario, agonía prolongada o dolor. Los animales solo deben utilizarse con moderación y únicamente para estudios científicos o fines educativos.

La prevención y diagnóstico de enfermedades, el desarrollo de productos farmacéuticos, la preservación del medio ambiente y la investigación médica con fines educativos y legales son algunos de los objetivos que se persiguen en las instalaciones que utilizan animales y para las que es legal.

Las instalaciones que cuidan a los animales deben brindarles un lugar donde vivir, algo de libertad, comida y agua, así como atención médica integral. Se debe limitar su capacidad para satisfacer sus necesidades fisiológicas y eliminar lo antes

posible cualquier barrera a su bienestar general. Los procedimientos deben estar escritos, incluso en caso de emergencia.

Los animales estarán bajo la supervisión de personal capacitado que se asegurará de que se cumplan todos los requisitos antes mencionados, evitando a los animales sufrimientos innecesarios. Estas instalaciones deberían habilitarse para realizar necropsias, recolectar muestras y llevar a cabo procedimientos de diagnóstico fundamentales.

Siempre que se lleve a cabo moral y legalmente, las pruebas con animales son una de las principales formas en que se mejora la medicina en la actualidad.

2 Objetivos

- Exponer cómo funcionan y se mantienen los animalarios.
- Dar a conocer las funciones de un celador dentro del animalario.

3 Metodología

La metodología de este proyecto implicó examinar la literatura científica existente sobre las responsabilidades del celador en un centro hospitalario para animales. Algunas de las fuentes utilizadas para recopilar la información fueron la revisión de las bases de datos Web of Science, Scielo y PubMed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los animales utilizados en la instalación para animales son un ratón, una rata, un conejillo de indias, un hámster dorado, un conejo, un perro y una codorniz. La especie, raza y linaje de cada animal estará claramente marcado en las jaulas en las que se encuentren.

Cuando sea pertinente, se deberá mencionar el sexo, la fecha de nacimiento, la fecha de apareamiento, el número de animales y su relación con el procedimiento para el cual se utilizan. También deberá llevar un registro de los animales que contenga detalles sobre sus características, la fecha y causa de su muerte, el procedimiento en el que se utilizan, las observaciones realizadas durante el período de cuarentena y los resultados de todas las pruebas que se hayan realizado sobre ellos. Este libro, que contiene todos los registros de los tres años anteriores,

nunca debe salir del centro y debe estar siempre accesible a la autoridad correspondiente.

El bienestar y la salud general de los animales estarán bajo la supervisión del veterinario. Será el encargado de garantizar que los animales estén correctamente instalados, que se sigan los procedimientos adecuados en caso de sacrificio y que nunca experimenten dolor.

Los animales se compran en granjas, aunque también pueden proceder de proveedores, siempre que no sean animales callejeros o salvajes.

Estos animales continúan existiendo en celdas sin ventanas, con iluminación uniforme y calefacción que mantienen ciclos diurnos y nocturnos. La humedad se mantiene entre el 40% y el 70%.

Los animales utilizados en los laboratorios y quirófanos experimentales del animalario estarán bajo la supervisión del celador. Según las necesidades de cada especie, son los encargados de darle a los animales los cuidados que necesitan:

- Alimentan a los animales de forma que garanticen su bienestar nutricional y en cantidades adecuadas a sus necesidades. Además de las preparaciones comerciales con valor nutricional superior, se administran en cilindros comprimidos, gránulos, galletas y otras formas.
- Lavan los baldes y las jaulas con suficiente frecuencia para garantizar que se sigan los procedimientos higiénicos y se satisfagan las necesidades del animal.
- Serán los encargados de eliminar todos los malos olores, incluidos los de excrementos y cadáveres.
- Limpiarán las jaulas de los animales y realizarán procedimientos de esterilización.

5 Discusión-Conclusión

Aunque se ha determinado que el uso de animales en investigación es necesario y de vital importancia, se deben proteger sus derechos porque deben tener un alto nivel de vida, alimentarse adecuadamente, mantenerse limpios y, por supuesto, no se debe tolerar ningún dolor. Esto lo debe hacer el celador bajo la dirección del médico o enfermera tratante; no es necesario que lo haga el mismo.

Debido a esto, es imperativo que los animales lleven una vida normal que implique cuidar tanto al animal como a su entorno. La sofisticación de estos experimentos es lo que ha permitido avanzar a la medicina.

6 Bibliografía

1. De Lora, P. (2003). Justicia para los animales: la ética más allá de la humanidad (Vol. 221). St. Martin's Press.
2. Brey, L. C., & Rodríguez, K. S. (2007). Aspectos éticos de la experimentación con animales. *Bioética*, 27, 1-3.

Capítulo 564

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE TIENE EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

1 Introducción

Trabajando en una de las muchas divisiones que componen el edificio, como el servicio de rehabilitación, el celador desempeña sus funciones en un entorno hospitalario. Cuando un profesional médico solicita la asistencia de este, el obedece. El celador adscrito a esta unidad deberá conocer y ser hábil en la movilización del paciente, así como en las posiciones fundamentales en las que el fisioterapeuta puede tratar al paciente. Para completar las tareas que requiere el médico para rehabilitar al paciente, se requiere de un grupo de trabajo conformado por el fisioterapeuta, auxiliar de enfermería y celador.

El equipo de rehabilitación está formado por los diversos profesionales, entre ellos celadores como personal no sanitario, los fisioterapeutas, logopedas y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como profesionales sanitarios.

Estos profesionales participan en la recuperación y trabajan juntos para lograr objetivos compartidos.

Debido a esto, el celador de esta área desempeña sus funciones de acuerdo con los lineamientos brindados al profesional médico y los requerimientos que se ha determinado que tiene cada paciente.

Las funciones que realiza la enfermera en el servicio de rehabilitación varían según las directivas dadas por el personal médico porque trabaja siempre como miembro de un gran equipo interdisciplinario de apoyo a los profesionales de la salud.

2 Objetivos

Describir que papel tiene y desempeñar los celadores en el servicio de rehabilitación con los pacientes de los centros sanitarios.

3 Metodología

Revisión de trabajos académicos recientes sobre el cargo de guardia y sus funciones en el campo de la rehabilitación a partir de diferentes bases de datos.

Se han cogido una variedad de artículos, de manuales y los estudios en bases de datos.

4 Resultados

En estas instalaciones de rehabilitación, la labor de apoyo del guardia al fisioterapeuta es crucial, al igual que la comunicación efectiva del guardia con el resto del equipo para crear un grupo de trabajo cohesionado. Para facilitar la labor del fisioterapeuta, el celador de estas unidades debe saber dónde deben ubicarse los pacientes.

A la hora de movilizar y trasladar pacientes en esta zona hospitalaria, el portero es un recurso fundamental para los fisioterapeutas. Esto les permite posicionar a los pacientes correctamente y brindarles la mejor atención posible.

Las responsabilidades principales del celador en el centro de rehabilitación son:

- Apoyarán al paciente en su lugar de tratamiento y ayudarán al fisioterapeuta a ubicarlo allí.
- Deberán tramitar o manejar siempre rápidamente todas las comunicaciones verbales, documentos u objetos que les hayan sido entregados, así como trasladar el

mobiliario o equipo necesario de un servicio a otro.

- Vigilarán el mal manejo de los bienes y de la ropa de la institución por parte de todos los pacientes, evitando su deterioro o educándolos sobre el uso y gestión de los suministros de servicios en general.

- Se abstendrán de comentar los diagnósticos, exámenes y tratamientos del paciente con sus familiares y visitas, sino que les informarán del pronóstico de la enfermedad derivando siempre las consultas al médico que le corresponde.

- Mantendrán vigilancia en los accesos a la Unidad de Rehabilitación y evitarán el ingreso al edificio de cualquier persona que no esté autorizada.

- Mantendrán continuamente el más alto nivel de calma y silencio en toda la Unidad de Rehabilitación.

Sin embargo, se llevan a cabo en el área donde trabajan los pacientes y el personal médico, el área de rehabilitación aún tiene funciones de celador que están relacionadas con las enumeradas anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

El director realiza deberes que ayudan a los profesionales médicos en su trabajo, confiando en que los llevarán a cabo según las indicaciones y brinde al paciente atención de alta calidad.

Dependiendo del puesto que ocupe dentro del hospital, el cuidador es principalmente un profesional que realiza una variedad de tareas que están directa o indirectamente relacionadas con el servicio de rehabilitación.

El equipo debe trabajar bien en conjunto para poder brindarle a la paciente la mejor atención posible, fomentando sobre todo su participación en el área de rehabilitación bajo la dirección del supervisor capacitado de la sesión de rehabilitación.

6 Bibliografía

- www.scielo.org

Capítulo 565

CONOCIMIENTOS DEL CELADOR ANTE EL MANEJO DE LAS CAMAS ESPECIALES EXISTENTES EN UCI

RAUL MARIN RAMIREZ

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

1 Introducción

Como sabemos, los pacientes que se encuentran ingresados en la unidad de cuidados intensivos, UCI, son aquellos que más graves están, con un cuadro clínico crítico que presenta indicios de peligro por mortalidad, en el que cada minuto cuenta para que los profesionales pongran todos los recursos tecnológicos, materiales y humanos para salvarles la vida. Éstos pacientes estarán postrados en una cama, inconscientes la mayoría y entubados dada la complejidad de los diagnósticos. De ahí la importancia de que estén en la cama adecuada según su patología, ya que por ejemplo un gran quemado no podrá estar en una cama normal, como ahora detallaremos.

En UCI, existirán multitud de camas hospitalarias diferentes, atendiendo a la enfermedad que presente cada paciente, aunque algunas de ellas son tan específicas

o costosas de conseguir que solo se encontrarán en centros de referencia de esa patología, como es el caso por ejemplo de la cama electro circulars utilizadas en pacientes politraumatizados. Éstas camas permiten poner al paciente en distintas posturas para drenar secreciones, evitar úlceras por presión o facilitar tratamientos, tienen acoplados respiradores, aparatos determinados, así como un lugar específico y unos profesionales especialmente formados para su asistencia.

Lo normal es que el manejo de las mismas esté destinado al personal subalterno, ya que conocen su manejo y la peculiaridad de la colocación de los pacientes y su patología para no hacerles daño, aunque en la práctica los celadores destinados en ésta unidad podrán manejarlas porque habrán sido formados para ello a la hora de trabajar en ésta unidad.

2 Objetivos

- Definir el término de cama especial de la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que diferirá del concepto de las camas hospitalarias, así como su manejo por parte del celador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe en referencia al manejo por parte del celador de las camas especiales que se encuentran en la UCI, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las camas del ámbito sanitario, deben de tener unas características específicas: deben de tener ruedas para que se puedan desplazar fácilmente, los laterales libres para que puedan trabajar bien los sanitarios y los celadores, y unas dimensiones de entre 90/105 cm de ancho y 190/200 cm de largo y una altura que se pueda regular entre 50 y 90 cm. Los colchones son impermeables, ignífugos, hipoalergénicos y normalmente de látex y en los casos necesarios antiescaras.

La cama es el instrumento utilizado en la atención continuada de los pacientes

ingresados, que les permitirá descansar y recuperarse, siendo el celador el que la maneja, pero las camas que hay en UCI dadas sus características especiales, serán más complejas, pero con un adecuado aprendizaje y formación sabrá su funcionamiento sin problemas.

Éstas necesitan de una tecnología avanzada que permita conectar monitores de constantes vitales, bombas de perfusión, respiradores de máscara (ventilación no invasiva), mecanismos para oxigenar la sangre y bombearla otra vez dentro del organismo, aparatos de ventilación de oxígeno de alto flujo, equipos de diálisis etc, además de contar con unas instalaciones para tomas de electricidad y oxígeno.

A continuación desarrollaremos una clasificación de las camas de UCI, según las necesidades del paciente:

- Incubadora: ubicadas en la UCI pediátrica, permitiendo al bebé con dificultades respiratorias unas condiciones adecuadas de temperatura y humedad.
- Cama articulada: será la común de las plantas de hospitalización, para los pacientes que no necesitan de otra especial, pudiendo articular la parte central, el cabecero y la zona de los pies, para así adaptarla a los distintos cambios posturales según la comodidad o dolencia del paciente.
- Cama de levitación: indicada para enfermos que tienen grandes quemaduras y cualquier presión sobre su cuerpo es dolorosa, por eso, el paciente quedará en suspensión evitando el contacto con la cama y las sábanas.
- Cama Foster: permite voltear de forma manual al paciente, debido a que no pueden moverse por ellos mismos debido a lesiones modulares, politraumatizados, etc.
- Cama de striker. Esta cama, conocida como cama electro circular, es la evolución de la cama Foster, que acabamos de ver, y se caracteriza porque se voltea al paciente gracias a un motor eléctrico que facilita el giro del paciente a 180° C. También indicada para politraumatizados, pacientes con lesión medular, grandes quemados, etc.

5 Discusión-Conclusión

La habitación de un hospital tiene diferentes características en cuanto al mobiliario si hablamos de la UCI, servicio de pediatría, ginecología, etc, pero siempre habrá un elemento común a todas, la cama, un elemento fundamental que va a permitir ofrecer comodidad al paciente. Pero en UCI dadas la peculiaridad, la sintomatología y el cuadro clínico grave de estos pacientes, las camas estará adap-

tadas a las distintas enfermedades que presentan los pacientes para ofrecerles un mayor confort, y una mejor recuperación, ya que por ejemplo en el caso de los grandes quemados, se les pondrá una cama de levitación para evitar el mínimo contacto de su piel con las sábanas y la cama.

El celador deberá conocer perfectamente los diferentes tipos de camas: foster, striker, de levitación, incubadora, etc, su manejo y las posiciones corporales correctas para así, no perjudicar con sus movimientos todavía más la salud de los enfermos, empleando movimientos suaves pero certeros.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo: tipos de camas en UCI celador.
2. Formación Logoss.
3. <https://maldita.es/malditateexplica/20200403/camas-uci-hospitales-respiradores-profesionales-medicos>.
4. <http://celadoresonline.blogspot.com/2019/11/temario-especifico-del-celadoronline-y.html>

Capítulo 566

EL CELADOR Y LA RELACION CON EL PACIENTE Y LOS FAMILIARES

RAUL MARIN RAMIREZ

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

1 Introducción

En cualquier ámbito de la vida, es primordial la comunicación, ya que el poder hablar y expresarse es primordial para identificar lo que desea el comunicante, sus dudas, sus sentimientos, y sobre todo cuando hablamos del entorno sanitario, que ya la comunicación será la herramienta para entender las dolencias que presenta un paciente, y para expresar y entender las posibles soluciones para solventarlo. A veces los pacientes emplean una comunicación no asertiva, es decir, no quieren hablar de lo que les sucede por miedo, vergüenza, no saber explicarse bien, etc.

La calidad en la atención al paciente hospitalizado es fundamental, trabajada bajo las premisas del respeto, la empatía, la no discriminación por cualquier motivo, la prevalencia de sus derechos personales y médicos, así como el mantenimiento de su dignidad e intimidad en cada momento. Y es que el enfermo, sobre todos aquellos que tienen un diagnóstico más difícil, suelen tener la autoestima baja,

se sienten vulnerable, se limitan sus capacidades físicas y mentales, por lo que los trabajadores sanitarios y no sanitarios deben de poner todo de su parte para humanizar el trato al paciente.

Por el tipo de trabajo que desarrolla el celador, suele ser el primer profesional del centro hospitalario o del centro de salud que entra en contacto con los enfermos y sus familiares o acompañantes, el cual resolverá amablemente y de forma respetuosa sus dudas ante los distintos protocolos de funcionamiento del sistema sanitario, donde se ubican las diferentes salas, etc, siempre mostrando un carácter colaborador y empático de la situación que les toca vivir.

2 Objetivos

- Identificar las actitudes recomendables que debe de tener el celador ante la comunicación con los pacientes y familiares en el ámbito hospitalario, y la importancia de humanizar la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador a la hora de comunicarse con pacientes y familiares. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Y es que la asistencia sanitaria peca de tener un grado de deshumanización, que viene enlazado al desarrollo tecnológico y a la despersonalización que a veces prima en los hospitales y centros de salud, donde parece que se atiende a un historial clínico o a un número de cama, en vez de a una persona. Para ello se han formulado en los últimos años unos Planes de Humanización Globales con el objetivo de asistir al paciente más allá de su enfermedad, sino contemplando aparte de sus necesidades físicas, sus necesidades emocionales y espirituales. El celador atenderá a los pacientes y familiares bajo las siguientes premisas:

- Nunca informar sobre el estado de los pacientes o sobre las consecuencias en las que derivará una enfermedad, en ese caso deberán de dirigirlos al personal facultativo.
- Localizar a los familiares que se encuentren en la puerta o por megafonía para cualquier información que haya que ofrecerles.
- Informar cuando sea posible y tengan los datos correctos, acerca de los tiempos de espera, de los traslados que haya que hacer al paciente o las pruebas diagnósticas a las que debe de llevarlo, etc.
- Disminuir en todo lo posible la preocupación de los familiares, mostrando un carácter empático y colaborador en todo lo que necesiten.
- Deberá saber escuchar al paciente, mostrando interés por él y por sus circunstancias.
- Siempre ofrecer una atención personalizada, llamando por el nombre a los pacientes, de manera respetuosa.
- Estará sujeto al secreto profesional y guardará silencio sobre toda la información que genere en el desarrollo de sus funciones.
- Escuchar las quejas o reclamaciones que expresen, explicando que las vías son otras para su gestión, como es el servicio de atención al paciente.
- La información que se le ofrezca a los familiares deber ser siempre clara, completa y sencilla para ser entendida y que no haya confusiones, sin grandes expresiones corporales.
- Aunque tenga prisa o sea un proceso normal que ocurre diariamente, no deberá de mostrar desinterés ante las preguntas o peticiones que le hagan los pacientes o familiares.
- Cuidar de su aspecto físico, deberá ir bien aseado, con el uniforme limpio para cada jornada laboral, guardando las composturas y cuidando de su lenguaje corporal.
- En el caso de tener un usuario disgustado: se evitará discutir, se mostrará interés para que la reclamación llegue al sitio indicado para su tramitación, no entender la queja como un ataque personal o profesional, plantear posibles soluciones, mostrar capacidades para la negociación, no dar soluciones que no le correspondan ni de manera precipitada, escuchar activamente sin interrupciones, etc.

5 Discusión-Conclusión

Para una comunicación exitosa entre el celador y el paciente o familiares, debe existir una empatía y respeto por ambos lados, ya que por una parte está el enfermo con su dolor o preocupación, y por otro lado está el profesional que intenta

hacer su trabajo lo mejor posible, con los recursos materiales y humanos de los que se dispone. El celador siempre mostrará cordialidad y profesionalidad a la hora de resolver dudas, ofrecer información sobre los protocolos a seguir en la asistencia sanitaria que se le está ofreciendo, etc, de manera que su presencia se cuente como un apoyo y no como una barrera.

El celador cuidará su apariencia física, su lenguaje corporal a la hora de expresarse, utilizando un tono de voz suave pero seguro, con palabras fácilmente entendibles para que no haya malos entendidos, llamando por el nombre del paciente, preguntándole como se encuentra o si necesita alguna cosa para estar mejor, etc. Se trata por tanto, de humanizar el trato al paciente y hacerlo personal.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave: trato con pacientes, atención a familiares, humanizar, celador.
2. Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por la Orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo.
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-31-laatencion-al-usuario.html>.
4. <https://fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermos-y-familiares-en-unhospital>.

Capítulo 567

EL CELADOR EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES Y SUS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS POSICIONES ANATÓMICAS

RAUL MARIN RAMIREZ

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa en cualquier de las plantas de un hospital , es frecuente que debido a su sintomatología presenten problemas con su movilidad, porque tienen dolor, molestias, acaban de ser operados, se les deben realizar curas, por lo que realizar movimientos por si mismos, les resulta difícil y a veces casi imposible, sobre todo cuando hablamos de la población anciana. Por ello es muy habitual que el celador tenga que colaborar en su movilización, ayudándolos en los movimientos imprescindibles.

La movilización de pacientes se refiere al hecho de sostener, empujar, levantar, bajar, sostener, o arrastrar una persona o una parte de su peso, utilizando la fuerza

corporal del celador, pudiendose ayudar de elementos mecánicos como las grúas, a veces ayudados también del TCAE, sobre todo cuando la persona tenga un peso considerable, que será necesaria la ayuda de otro celador para evitar lesiones.

El celador deberá de conocer las distintas posiciones anatómicas que habrá que llevar a cabo en el paciente a la hora de someterse a operaciones quirúrgicas, a curas, como realizarlas para no hacerse daño a sí mismo y al propio paciente, teniendo cuidado con el oxígeno si lo tuviera, las sondas, las vías, etc para que no se desconecten, siempre bajo pauta y supervisión de los médicos, enfermería o cirujanos, según quien esté tratando al paciente. También deberá de conocer los diferentes materiales y aparatos con los que puede ayudarse: grúas, sábanas, rulos, transfer, etc.

2 Objetivos

Explicar las diferentes posiciones anatómicas que el celador debe de conocer y realizar correctamente a aquellos pacientes que lo necesiten.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando los descriptores: posiciones anatómicas, movilización e inmovilización de pacientes, e información existente de las funciones del celador, consultando diversas bases de datos de carácter científico, tales como, medline, scielo, pubmed, seleccionando los contenidos que se han considerado más adecuados para la realización de este trabajo.

4 Resultados

El celador desde que el paciente pasa por la puerta de urgencias o queda ingresado en alguna de las plantas del hospital, estará pendiente de él, de si necesita ayuda en las movilizaciones, colocándolo en la posición adecuada según lo que se le vaya a hacer, buscando siempre el bienestar del paciente y la eficacia en su labor. Debe de conocer las posiciones siguientes:

- Roser: empleada para pacientes que han sido operados de ojos, otorrino, colocando al paciente de manera que sus hombros estén al límite de la cama y la cabeza colgando fuera de ella.

- Fowler: el paciente estará semisentado, con las rodillas algo flexionadas, estando el respaldo de la cama con una inclinación de 45°
- Decúbito prono: o “boca abajo”, con la cabeza hacia un lado, no es de las más realizadas, pero es aconsejable a la hora de corregir contracturas en caderas y rodillas o prevenir úlceras por presión.
- Decúbito supino: o “boca arriba”, para la permanencia en cama, traslados, cambios de posición y tras las operaciones quirúrgicas aunque sean de la columna. Se acomoda al paciente colocando una almohada debajo de la cabeza y otra debajo de los gemelos.
- Decúbito lateral: o de “costado”, formando el cuerpo un ángulo de 60° con las piernas un poco flexionadas, con la pierna que toca la cama un poco por detrás de la otra. Está indicada para cuando se realicen cambios posturales, postoperatorios, para el aseo del paciente o el cambio de sábanas, etc.
- Sims: es una posición intermedia entre decúbito prono y decúbito lateral, de modo que la pierna que toca a la cama debe estar semiflexionada y la superior doblada.
- Trendelemburg: consiste en que el paciente tumbado boca arriba tiene la cabeza más baja que los pies, así se facilita que circule mejor la sangre.
- Antitrendelemburg: ésta es totalmente opuesta a la que acabamos de ver, es decir, la cabeza está más alta que los pies, indicada para pacientes con problemas respiratorios.
- Bipedestación: el paciente estará en posición vertical sobre los pies, siendo una posición utilizada para pruebas radiológicas.
- Ginecológica o Litotomía: El paciente se encuentra en decúbito supino, con la cadera apoyada en el borde de la mesa, con las rodillas flexionadas y apoyadas en las perneras, separadas.
- Genupectoral: El paciente apoyará el pecho sobre sus rodillas con los brazos cruzados sobre la superficie de apoyo y la cabeza sobre ellos.
- Posición de Punción Lumbar: se le tumbará de lado en posición fetal o sentado con la espalda flexionada.

5 Discusión-Conclusión

Se sabe que las movilizaciones frecuentes mejoran el tono muscular, la respiración y la circulación, evitan las úlceras por presión, permiten aplicarle tratamiento o realizarle las operaciones quirúrgicas previstas, pero el celador que será la persona encargada de llevarlas a cabo, deberá de conocerlas, sabiendo el

mejor método para realizarlas según la patología del paciente y así no hacerle daño ni tampoco a sí mismo.

El celador, siempre estará pendiente del confort del paciente, comprobando antes que nada que no tiene contraindicada ninguna posición, preguntándole si se encuentra cómodo o si aparece algún tipo de molestias o dolor tras la movilización. Hemos visto que algunas de estas posiciones son: trendelemburg, decúbito lateral, decúbito supino o prono, sims, ginecológica, antitrendelemburg, fowler, etc.

6 Bibliografía

- Formación Logoss. El Celador.
- El Manual del Celador. Editorial Mad.
- Búsqueda en Google con palabras clave: celador y la movilización de pacientes, posiciones anatómicas.
- <https://revistamedica.com/celador-posiciones-anatomicas-movilizacion/www.revistamedica.com>

Capítulo 568

LAS FUNCIONES QUE DEBE DE REALIZAR EL CELADOR EN GENERAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

RAQUEL GARRIDO CALA

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

Los celadores es el personal no sanitario que trabaja para las instituciones sanitarias. La principal tarea que tienen los celadores es lograr alcanzar el mejor funcionamiento de los centros hospitalarios, entregándose al completo a realizar la vigilancia del mantenimiento del centro hospitalario, poniendo orden en los mismos y ayudando y asegurando el correcto cumplimiento de las normas.

El celador forma parte del personal de los servicios sanitarios, donde sus labores se encuentran reguladas en el estatuto preconstitucional del año 1971. Este estatuto ha sido creado de una manera en la que se ha podido ajustar a su régimen jurídico. Hoy en día, la regla básica del ya nombrado personal viene promulgada por la ley 55/ 2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

2 Objetivos

Conocer las principales funciones del celador en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En esta parte del capítulo vamos a recopilar las distintas labores que tienen en general que realizar un celador sobre las instituciones sanitarias.

Comenzaremos en el tema de lo que a los pacientes respecta, los celadores deben de realizar el transporte y ofrecer la ayuda básica a los mismos en las siguientes tesituras:

- Efectuarán los ingresos desde el área de urgencias hasta la planta de hospitalización señalada. También efectuarán los ingresos desde el área de admisión a la planta de hospitalización indicada, siempre con la carpeta del ingreso, su mano.
- Trasladarán a los enfermos ingresados desde el servicio donde se encuentren hasta su planta hospitalización.
- Adaptarán a los enfermos en sillas, camillas, sillones...
- Dirigirán a los enfermos para que estos puedan ir al baño.
- Facilitarán la información de carácter general, como por ejemplo: los horarios de las consultas médicas, las localizaciones de estas...
- Proporcionarán sin tardanza las comunicaciones verbales, las historias clínicas, los documentos importantes, además de entregar a sus superiores los objetos privados.
- Distribuirán las peticiones emitidas por los servicios de pruebas a las distintas áreas del hospital como por ejemplo: farmacia, laboratorio, banco de sangre...
- Trasladarán el mobiliario que necesite el médico o las enfermeras o simplemente trasladarán también el mobiliario roto o defectuoso.
- Custodiarán junto con el resto de personal sanitario, que los pacientes hagan una utilización debida de los materiales y de las ropas que les brinda las instituciones

sanitarias, intentando evitar dentro de lo posible el deterioro de los materiales y muebles del servicio de banco de sangre.

- Actuarán de ascensoristas cuando se le estipule ese cometido, especialmente en su sección o cuando su zona de trabajo lo requiera dado a las necesidades que este tenga.
- Custodiarán las entradas del centro hospitalario y prohibirán el acceso a estas a las personas ajenas a estas dependencias, solo admitirán la entrada a personas autorizadas para acceder al edificio.
- Cuidarán los comportamientos de los pacientes y de sus acompañantes, impidiendo así que los acompañantes puedan fumar dentro de las instalaciones hospitalarias o dentro de las habitaciones de hospitalización.
- Vetarán la entrada de alimentos ajenos al centro hospitalario o aquellas acciones que perjudiquen seriamente a los enfermos o al orden de las instituciones sanitarias. Impedirán la deambulación de los pacientes por los pasillos del servicio, y en caso de pérdida, los celadores auxiliarán a los pacientes para que estos puedan regresar a sus habitaciones.

5 Discusión-Conclusión

Se puede llegar a una conclusión bastante importante sobre las funciones en general que deben de realizar los celadores de manera continua y constante, además de ser unas de las acciones más importantes de los centros hospitalarios, ya que gracias a sus variadas funciones pueden conseguir una organización mejor de los centros.

Por eso los celadores deben de tener una alta profesionalidad, puesto que muchos enfermos no saben lo que está ocurriendo, por qué se suelen encontrar desubicados.

Tiene que ser unos profesionales amables, simpáticos, respetuosos y sobre todo muy comprensivos con las distintas circunstancias de cada enfermo y de cada acompañante

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Ciudadanos. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <https://www.saludcastillayleon.es/>

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (s/f). Gob.es. Recuperado el 30 de agosto de 2023, de <https://ingesa.sanidad.gob.es/>

Capítulo 569

LAS DISTINTAS LABORES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE FARMACIA

RAQUEL GARRIDO CALA

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

En los centros hospitalarios que contengan más de 100 camas, se crea un servicio llamado área de farmacia, según la ley 29/2006 de 26 de julio afianza unas cantidades y un uso justo de los distintos medicamentos que debe de tener y algún que otro producto más de uso sanitario.

Las farmacias hospitalarias deben de estar orientadas y dirigidas siempre bajo la plena facultad de un farmacéutico que sea especialista en las distintas farmacias de los centros hospitalarios.

Las farmacias hospitalarias fijarán un régimen reglamentario para ante una precisión de farmacéuticos adicionales, esto se controla según el volumen, la actividad y el tipo de hospital que sea.

Las farmacias hospitalarias serán las encargadas de repartir los diferentes tipos de medicamentos que las plantas de hospitalización y los distintos servicios más complejos precisen y que pidan, puesto que hay medicamentos que deben de ser pedidos por qué sean especiales y no los contenga el servicio de farmacia.

Estas farmacias hospitalarias también pueden brindar una serie de medicamentos a los pacientes que no se encuentren ingresados, estos pueden necesitar un medicamento específico, y no lo pueden obtener en las farmacias de guardia o las farmacias de pie de calle, entonces son estas farmacias hospitalarias las que brindan estos tipos de medicamentos, estos medicamentos deben ir siempre acompañados de la receta médica del especialista, ya que sin esa receta el farmacéutico de la farmacia hospitalaria no le va a ceder el medicamento necesario.

2 Objetivos

Dar a conocer las distintas características, además de mostrar las distintas tareas que la farmacia realiza a diario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En las farmacias hospitalarias existe una pirámide jerárquica, en el primer escalafón nos encontramos con el director médico y los demás escalafones que forman la pirámide, son los diferentes personales facultativos y además también se encuentran los no facultativos.

El personal facultativo está organizado por el jefe del servicio, el jefe de la sección, los distintos farmacéuticos adjuntos y los residentes.

Si por alguna casualidad el centro hospitalario es pequeño, el jefe de servicio no estaría, pasaría a ser al jefe de sección, con lo cual sería este el que realizaría las labores del jefe de servicio.

También tenemos a los distintos personales no facultativos, este escalafón se subdivide en dos partes.

La parte del escalafón personal sanitario, que está compuesto por la supervisora, las enfermeras, y por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería o TCAES. La parte del personal no sanitario, que está formado por los celadores y por los auxiliares administrativos.

Hay hospitales que tiene unas magnitudes más altas, estos hospitales contienen y presentan los servicios de farmacología clínica.

Como bien hemos nombrado antes, la zona de la farmacia hospitalaria es la que manda los medicamentos a los distintos servicios hospitalarios, siempre se manda la medicación que estos necesitan o que piden.

Dependiendo de la cantidad del material pedido o recibido, hay dos tipos de farmacias:

La farmacia pesada: es farmacia que el volumen y el tamaño puede llegar a superar unos niveles de peso determinado.

La farmacia ligera: es la farmacia que reparte los medicamentos diarios necesarios para los enfermos que se encuentran ingresados en las distintas plantas hospitalarias.

El tipo de medicamentos que necesitan los enfermos ingresados se denomina unidosis, es decir, el reparto de los medicamentos farmacéuticos individuales para cada uno de los pacientes.

Además, la distribución de estos medicamentos, se ha de trasladar en los carros de medicación unidosis.

Las funciones del celador de la farmacia hospitalaria, suelen depender de las normas que sigan en cada uno de los diferentes hospitales, nosotros vamos a nombrar las que son más o menos generales y parecidas:

- Aceptarán el material que llegue.
- Transportarán el material que sea muy pesado.
- Trasladarán el material dentro de las instalaciones farmacéuticas.
- Organizarán los sueros y el alcohol, repartiendo y depositando la carga en los distintos servicios hospitalarios.
- Trasladarán desde el área de la farmacia hasta las distintas zonas hospitalarias los carros con las diferentes medicaciones pedidas.
- Trasladarán los productos desde otros servicios hospitalarios hasta los servicios de farmacia.
- Cuidarán la farmacia.
- Ayudarán en todo lo posible con los inventarios.

5 Discusión-Conclusión

La zona de la farmacia hospitalaria, es primordial, ya que es la encargada de abastecer al resto de servicios en cuanto al material sanitario y medicación se le relaciona.

Para ellos, los servicios de farmacias hospitalarias ejecutarán las funciones para lograr conseguir una muy buena gestión, mejorar el uso y tener un control exhausto de los medicamentos, es decir lograr un uso razonable de los medicamentos.

El celador en esta unidad efectuará unas series de labores que colaborarán a que la unidad crezca con normalidad, ya que son los encargados de trasladar a los diferentes servicios del hospital la medicación y el material sanitario que estos necesiten y precisen.

6 Bibliografía

World health organization (WHO). (s/f). Who.int. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.who.int/>

Oposiciones.es. (2021, julio 20). Oposiciones.es. <https://oposiciones.es/>

Portada - Cuidados 2.0. (s/f). Gva.es. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://cuidados20.san.gva.es/>

Capítulo 570

LAS DISTINTAS FUNCIONES QUE DEBEN DE DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

RAQUEL GARRIDO CALA

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

Podemos decir que el primer laboratorio clínico se remonta a los años mas o menos 1790, no se sabe con exactitud.

No era un espacio especialmente complejo, sino todo lo contrario era un espacio pequeño, simple y rudimentario, en este espacio solo se encontraba un médico que era quien observaba a través de un vaso de cristal una muestra de orina de un enfermo.

Antiguamente no se contaba con la ayuda de los celadores en el servicio de laboratorio, sino que el personal que trabajaba allí eran los médicos, las enfermeras y las auxiliares de enfermería.

Fue mas tarde cuando en el servicio de laboratorio se empezó a contar con los celadores como parte fundamental del servicio.

El celador está incluido en el reparto de los servicios sanitarios y cuyas labores se encuentran escritas en el estatuto preconstitucional del año 1971 y por lo cual es fundamental renovar y adaptar su régimen hasta el día de hoy.

La actualización se ejecuta por vía de la ley 55/2003 de 16 de diciembre, el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud formando las normas esenciales del ya nombrado personal.

Todo queda descrito y de acuerdo con la constitución española, en su artículo 149.1.18. Aprobada la ley 55/2003, de 16 de diciembre, que queda pactado al personal estatutario las labores del celador y del jefe del personal subalterno siguen siendo las que reflejan la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14, como así lo manda la disposición temporal sexta de la ley 55/2003.

2 Objetivos

Nuestro principal objetivo con este capítulo es mostrar un poco mas las entrañas de un laboratorio clínico y además conseguir explicar de la mejor forma posible las funciones que deben de realizar los celadores

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos utilizado diferentes fuentes de información, las más importantes las hemos obtenido de las siguientes páginas: Medline-plus, Boe, auxiliar-enfermería.

Y de los distintos centros médicos de: hospital universitario de Toledo, hospital universitario general de ciudad real.

Las palabras que mas hemos utilizado han sido las siguientes: celador, laboratorio, extracciones.

4 Resultados

Las tareas de los celadores vienen descritas por la zona de trabajo, dependiendo de los servicios se realizan unas labores u otras.

A continuación vamos a explicar las distintas labores que los celadores de laboratorio deben realizar:

Los celadores empezarán su jornada laboral a las 8 de la mañana con el busca del servicio, este busca será recogido en el despacho de su superior y su trabajo comenzará recogiendo las muestras de los dos servicios más importantes de un centro hospitalario: Servicio quirófano y el servicio de endoscopias.

Llevarán las muestras recogidas al servicio de anatomía patológicas.

Conducirán a los enfermos de las consultas de hematología al servicio de hospital de día, casi siempre estos tipos de enfermos llevan una serie de tratamiento marcados para tomar en casa.

Estos tratamientos se suelen coger en la farmacia del hospital, a las medicinas de cada uno de los enfermos se les integrará una pegatina que registre el nombre, apellidos y número de historial clínico del enfermo al que le corresponde, lo transportarán al hospital de día y una vez allí las enfermeras o los técnicos auxiliares de enfermería (TCAE) se asegurará de conservar los medicamentos en la nevera hasta que el paciente se los pida para llevárselos a su casa.

Transportarán del almacén general del hospital los pedidos que hayan pedido en su servicio y proporcionarán el material por las diferentes áreas del laboratorio. Las llamadas que traten sobre las biopsias intreoperatorias del quirófano tiene más ventaja sobre otras cosas.

Bajarán a la farmacia del hospital, cuando sea imprescindible o cuando las enfermeras lo precisen y guardar la medicación que les hayan pedido, esa medicación será dará en la mano de la enfermera.

Transportarán los pedidos de farmacia al área de banco de sangre.

Transportarán los informes de daños que sean necesario al servicio de mantenimiento, para que se solucionen los desperfectos lo antes posible.

Efectuarán las copias necesarias del pedido mandado a suministros, ya que una copia se tiene que entregar a la supervisora y la otra copia se la queda el personal de suministros.

Separarán las distintas muestras de dermatología y neumología, cuando les llamen al busca de los celadores.

Reunirán los diferentes informes de las biopsias a las distintas secretarías de anatomía patológica y además las organizarán dependiendo de las secretarías de los servicios hospitalarios.

Si por algún casual localizásemos algún informe de otro servicio que no fuese el servicio de laboratorio, este se mandará a través del tubo hasta el servicio que pertenezca ese informe.

Los celadores deberán coger el material que se haya utilizado para transportarlo al servicio de esterilización.

Reunirán el material empezando siempre por el servicio de urgencias y siguiendo

por las distintas plantas de hospitalización a excepción de los servicios de partos y de psiquiatría.

Reunirán las muestras sacadas a lo largo de la mañana del servicio de quirófano para suministrarlo al área de anatomía patológica y ya se preocuparán de reunir todo el material del servicio de endoscopias.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores han pasado a formar una de las partes más fundamentales en el manejo de los distintos servicios hospitalarios, es por eso que ellos deben encontrarse muy bien formados para cumplir las labores que le sean encomendadas en cada uno de los servicios distintos que se encuentran en los centros hospitalarios, de esta manera lograrán cumplir con gran expectativa el trabajo que sus superiores les hayan encomendado en esos momentos.

Las labores de los celadores pueden ser diferentes en cuanto a su contenido o forma de trabajar, pero siempre serán indispensables en cada una de ellas, ya que sus labores son las más necesitadas para que los centros hospitalarios funcionen la perfección, y para que el equipo de personal sanitario se encuentre bien estructurado hablando laboralmente.

6 Bibliografía

Portada - Cuidados 2.0. (s/f). Gva.es. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://cuidados20.san.gva.es/>

Tosco, D. (2021, enero 14). Essae Formación - ESSAE Formación. ESSAE Formación. <https://essaeformacion.com/>

World health organization (WHO). (s/f). Who.int. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.who.int/>

Capítulo 571

MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ALMUDENA GALINDO GARVI

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

En los servicios de lavandería hospitalaria el mantenimiento de la higiene y unas condiciones óptimas de limpieza ha derivado en una mayor diversidad y especialización de los recursos en el servicio de lavado y planchado.

El servicio de lavado y planchado está dotado de los siguientes medios y recursos; los productos de limpieza, lavadoras, planchas y centros de planchado, túneles de secado, calandras, secadoras, centrifugadoras, plegadoras y apiladoras.

El personal debe estar perfectamente cualificado para utilizar la maquinaria de servicio de lavandería y planchado, ya que son máquinas muy grandes programables y requieren una formación previa para utilizarlas.

Además, los sistemas de planchado deben seguir los protocolos establecidos a la hora de utilizar las planchas, puesto que son máquinas industriales que alcanzan altas temperaturas y utilizan vapor.

El personal es el encargado de asegurarse que se cumplan todas las medidas de seguridad establecidas para evitar contaminaciones cruzadas.

Además de los trabajos de limpieza y plancha, el personal también se encarga de llevar a cabo la higiene en cuanto a la maquinaria y material utilizado se refiere. Cada cierto tiempo se requiere limpieza de la maquinaria, así como de los carros de transporte, cintas, etc.

Este servicio está estrechamente vinculado a la eliminación de cualquier microorganismo y esterilización del material textil que se va a utilizar en el resto del hospital.

2 Objetivos

Conocer los sistemas de lavado, secado y plancha que se llevan a cabo en los centros hospitalarios, asegurando las medidas higiénicas sanitarias adecuadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En cuanto a la zona de clasificación debe ser una área que esté totalmente separada del resto de lavandería, únicamente se comunicará con la zona de ropa limpia a través de las bocas de descarga de las lavadoras o trenes de lavado.

En esta zona existirá una ligera de presión para que la circulación natural del aire sea siempre del lado limpio al sucio.

En la zona de clasificación se llevan las funciones de recepción y verificación de la documentación a la entrada de la ropa sucia en la lavandería, se pesa la ropa

sucia, se programa la producción a la entrada de la ropa, clasificando la ropa sucia atendiendo la suciedad o el tipo de fibra, la ropa sucia se prepara por lotes y cargas para las diferentes máquinas o trenes de lavado, también podemos preparar los detergentes, soluciones o productos auxiliares de lavado, y se prepara la documentación necesaria para la sección.

La limpieza y desinfección periódicas de toda la nave así como de las máquinas y utensilios que hemos empleado es fundamental.

La sección de clasificación debe contar con contenedores o vagonetas donde se van almacenando la ropa, además pueden tener cintas transportadoras que permitan la clasificación de la misma.

Algunas lavanderías hospitalarias cuentan con sistema automático para contar las prendas, detector de metales, equipos centralizado con la dosificación de los detergentes líquidos, e incluso las más avanzadas tienen un control automático a través de un microordenador de todo el proceso que se lleva a cabo en esta sección.

-. Sistemas de lavado de la ropa. a) Lavadoras: En el servicio de lavandería el de los establecimientos sanitarios se suelen utilizar las lavadoras con una carga de unos 30 kilos, con un sistema de cargado de ojo de buey, son parecidas a las lavadoras domésticas pero con una mayor capacidad. b) Túneles de lavado: Es la forma de lavar y secar la ropa más eficiente y rápida para las grandes necesidades que pueden tener hoteles hospitales y lavanderías industriales.

-. Sistema de secado y planchado:

Disponemos de tres sistemas de secado; secado en espacios abiertos, en lavadoras que tienen secadora integrada, o en una secadora independiente.

El sistema de secado más habitual en centro sanitarios son las secadoras independientes.

En ocasiones se pueden utilizar centrifugadoras independientes, depende de la organización de cada servicio, el hecho de utilizar centrifugadoras independientes sería por querer ahorrar tiempo a la hora de introducir ropa en nuevos lavados.

Existen varios tipos de secadoras:

Secadoras de evacuación directa, el aire húmedo, contiene vapor de agua, que se eliminará evacuándolo directamente o a través de una canalización flexible.

En las secadoras de condensación por agua, el aire se seca y calienta, circulando en un circuito cerrado, en el que va reiniciando el ciclo.

Con la secadora de condensación por aire, aquí el aire húmedo se efectúa en un condensador refrigerado por aire tomado del exterior del aparato.

*** MAQUINARIA Y UTENSILIOS DE PLANCHADO:**

En los servicios de lavandería hospitalaria se utilizan diferentes planchas; planchas manuales, centrales de planchado, calandras planchas de prensa y robot de planchado.

Las planchas manuales son similares a las planchas domésticas y la central es de planchado emplean un calderín de vapor, el vapor debe aplicarse de arriba a abajo sin hacer paradas que produzcan cortes en el planchado, estas planchas se utilizan para las prendas de prestigio. Las calandras son planchadas de rodillo, las calandras y las planchas de prensa son idóneas para el planchado de sábanas y prendas grandes.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente el servicio de lavandería y plancha en el sistema sanitario está integrado en el medio hospitalario, de tal manera que se siguen una fuente medidas de seguridad establecidas a través de protocolos.

El personal del servicio de lavandería y planchado debe estar perfectamente cualificado y formado para el trabajo a realizar, debido a la importancia de este servicio a la hora de evitar los contagios cruzados al resto del hospital así como al mismo personal.

El servicio de lavandería y plancha cuenta con maquinaria acorde a las funciones que se realizan, son maquinarias industriales con las que los procesos de lavado secado y planchado se agilizan bastante.

El propio local del servicio de lavandería y plancha está distribuido de tal forma que evita la contaminación de cruce entre zonas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 572

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS DE UN HOSPITAL

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

1 Introducción

En el área de Recursos Humanos de los centros hospitalarios, se llevan a cabo diversas funciones relacionadas con la gestión de los empleados. Debido a la amplia plantilla y las distintas categorías profesionales, es necesario contar con varios auxiliares administrativos que puedan realizar estas tareas de manera uniforme y eficiente.

Entre las responsabilidades de los auxiliares administrativos se encuentra la realización de contratos, el manejo de altas y bajas del personal, el procesamiento de nóminas y retenciones correspondientes, y la tramitación de los días libres del personal, entre otras labores. Para llevar a cabo todas estas tareas, el departamento suele estar fraccionado en áreas específicas, no obstante, todas las actividades se coordinan y supervisan bajo la dirección de un superior. Es fundamen-

tal que exista una comunicación fluida y un feedback constante entre todos los miembros del equipo con el objetivo de lograr un trabajo más eficaz y coordinado. Los auxiliares administrativos de este servicio deben contar con habilidades y actitudes destacadas en el ámbito de la informática y la ofimática. Esto se debe a que necesitan realizar consultas en diversas bases de datos, trabajar con hojas de cálculo y crear documentos en Word. Además, es posible que deban utilizar programas específicos en el servicio de Recursos Humanos que estén implementados en el hospital en el que trabajan.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es analizar las responsabilidades y funciones que desempeña un auxiliar administrativo en la sección de Recursos Humanos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática, seleccionando revistas y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La sección de Recursos Humanos en los centros hospitalarios se compone de diversos grupos de empleados, desde auxiliares administrativos hasta administrativos y jefes de Recursos Humanos.

Las tareas diarias a las que se enfrentan los auxiliares administrativos pueden incluir:

1. Gestión digital de documentos: todos los comunicados que llegan al departamento de Recursos Humanos se llevan a cabo de forma electrónica, permitiendo un acceso fácil y rápido a través de diferentes dispositivos, como ordenadores, tablets o teléfonos móviles. Esto facilita el acceso a los documentos por parte del personal de gestión.
2. Selección de personal: el objetivo principal de esta sección, tanto en la sanidad como en cualquier otra empresa, es seleccionar y contratar al personal idóneo. El personal administrativo debe conocer a fondo las bases de datos para asegurar

que los candidatos elegidos cumplan con los requisitos y méritos necesarios para atender a los pacientes.

3. Planificación de turnos: en el entorno hospitalario, la atención a los pacientes es necesaria las 24 horas del día, lo que implica la presencia de personal médico, enfermeros, técnico de rayos, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, entre otros. Por lo tanto, es crucial contar con una organización y planificación de los turnos de trabajo para evitar que haya puestos vacantes. Los auxiliares administrativos deben utilizar programas especializados que les ayuden en esta tarea y comunicar de manera clara los horarios a la plantilla.

4. Gestión de nóminas: aquí el personal se ocupa de la gestión de todas las nóminas del personal del organismo sanitario. Para llevar a cabo esta tarea de manera eficiente, es fundamental que los auxiliares administrativos aprendan y sepan manejar el funcionamiento de los programas de nóminas utilizados, ya que la plantilla de un hospital suele ser numerosa. Se debe impedir cometer fallos en la elaboración de las nóminas, ya que esto podría ocasionar problemas y quejas por parte de los empleados.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en el departamento de Recursos Humanos de los hospitales desempeña una labor crucial y a menudo se enfrenta a una gran presión. Su responsabilidad principal es encargarse de todos los trámites burocráticos relacionados con el personal del organismo sanitario.

Para llevar a cabo estas tareas de manera eficiente, es necesario que el auxiliar administrativo cuente con una formación adecuada y tenga conocimientos sobre diversos programas informáticos. Esto le permitirá gestionar el alta y la baja del personal, administrar las nóminas, controlar las vacaciones, etc.

Es importante que estos empleados trabajen en un entorno con un buen ambiente laboral, ya que la precisión y la atención meticulosa a los detalles son fundamentales para evitar errores en la gestión. El auxiliar administrativo debe mantener un alto nivel de concentración y organización, ya que cualquier error puede tener consecuencias significativas para el personal y el funcionamiento general del centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-departamento-recursoshumanos/>

Capítulo 573

CAMBIOS DEL PERSONAL ESTATUARIO TEMPORAL RESPECTO AL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS HOSPITALARIOS

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

1 Introducción

El personal estatutario temporal se refiere a aquellos profesionales que son contratados de manera temporal en el ámbito de la función pública sanitaria. A diferencia del personal laboral temporal, el personal estatutario temporal se rige por un estatuto específico que regula sus condiciones laborales y derechos.

Algunas características del personal estatutario temporal son por ejemplo el contrato. El personal estatutario temporal es contratado mediante una convocatoria pública, en la cual se establecen los requisitos y procedimientos de selección. Estas convocatorias suelen ser reguladas por las administraciones sanitarias o los organismos competentes en cada país.

La duración del empleo es otra característica, ya que el contrato del personal estatutario temporal tiene una duración determinada, que puede variar según las necesidades del servicio. Dependiendo de la legislación y las normativas vigentes, este tipo de contrato puede ser renovable o no, y se establecen los límites máximos de duración. Y es que el personal estatutario temporal desempeña funciones profesionales específicas en el ámbito de la salud. Pueden ocupar puestos como médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, fisioterapeutas, entre otros, dependiendo de su formación y especialidad. Sus responsabilidades están relacionadas directamente con la atención sanitaria (1).

Para acceder al empleo como personal estatutario temporal, se suelen exigir requisitos de formación y experiencia específicos en el campo de la salud. Estos requisitos pueden variar según la categoría profesional y las regulaciones de cada país. Los profesionales deben cumplir con los criterios establecidos en las convocatorias para poder optar a un puesto de trabajo. Y por supuesto, aunque el personal estatutario temporal no tiene la misma estabilidad laboral que el personal fijo, sí tiene derechos y beneficios establecidos en el estatuto correspondiente.

Estos pueden incluir derechos laborales, como vacaciones, licencias y permisos, así como prestaciones sociales y económicas, como la seguridad social y la remuneración acorde a su categoría y experiencia.

2 Objetivos

1.Exponer e indicar los cambios y las pautas del personal estatutario temporal con respecto al personal administrativo en el hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

En centros hospitalarios, el personal estatutario temporal se refiere a aquellos profesionales que son contratados de manera temporal y que tienen un estatuto propio, regulado por la legislación laboral y sanitaria. El auxiliar administrativo, por otro lado, es un puesto de trabajo específico dentro del ámbito administrativo en el sector de la salud.

El personal estatutario temporal generalmente es contratado mediante una convocatoria pública y su relación laboral está regulada por un estatuto específico. Por lo general, se les ofrece un contrato de duración determinada, que puede ser renovable o no, dependiendo de las necesidades del centro hospitalario. En cambio, el auxiliar administrativo puede tener un contrato temporal o indefinido, dependiendo de la política de contratación del hospital (2).

Además, el personal estatutario temporal suele desempeñar funciones profesionales específicas relacionadas con la salud, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, entre otros. Sus responsabilidades están vinculadas directamente a la atención sanitaria. El auxiliar administrativo, por su parte, se enfoca en tareas administrativas y de apoyo en el centro hospitalario, como la gestión de citas, archivo de documentos, atención telefónica, entre otros. Estos profesionales generalmente deben cumplir con requisitos específicos de formación y experiencia en su campo de especialización. Suelen tener una titulación académica relacionada con la salud y pueden requerir acreditaciones adicionales. Por otro lado, para ser auxiliar administrativo en un centro hospitalario, generalmente se exige una formación a nivel de educación secundaria o equivalente, aunque puede variar dependiendo del país y las regulaciones locales (3).

En cuanto a la remuneración del personal estatutario temporal suele estar determinada por la legislación laboral y los acuerdos sindicales. En muchos casos, los profesionales estatutarios temporales reciben una remuneración acorde a su categoría y experiencia. En cambio, la remuneración de los auxiliares administrativos puede variar y está sujeta a las políticas salariales del centro hospitalario, así como a las regulaciones y acuerdos laborales vigentes.

Es importante tener en cuenta que las características y regulaciones específicas pueden variar entre países y sistemas de salud. Por lo tanto, es recomendable consultar la legislación y normativas locales para obtener información precisa sobre los cambios y diferencias entre el personal estatutario temporal y los auxiliares administrativos en centros hospitalarios en un contexto particular.

5 Discusión-Conclusión

En los centros hospitalarios, se han producido varios cambios significativos en relación al personal estatutario temporal y los auxiliares administrativos. Estos cambios han sido impulsados por la necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios administrativos en el entorno hospitalario.

Además, con el objetivo de cubrir la demanda creciente de servicios administrativos en los hospitales, se ha observado un incremento en la contratación de personal estatutario temporal. Estos profesionales tienen un estatus laboral más estable y cuentan con mayores beneficios en comparación con el personal no estatutario. Y para adaptarse a las necesidades específicas de los centros hospitalarios, se ha requerido una mayor especialización y formación del personal estatutario temporal en áreas como gestión de pacientes, facturación médica, gestión de citas, entre otros. Esto ha permitido una mejora en la calidad y eficiencia de los procesos administrativos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/personal-estatutario-servicios-salud/#::text=El%20personal%20estatutario%20es%20un,centros%20e%20instituciones%20sanitarias%20p%C3%ABlicas.>
2. <https://sanidad.ccoo.es/199edb45a51f5c9daee21f19f77d1e9e000058.pdf>
3. <https://blog.opositatest.com/personal-estatutario-que-es/>

Capítulo 574

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

RUBÉN QUESADA CASTRO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

DOLORES ROMERO ROMÁN

INMACULADA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

El servicio de Farmacia en los hospitales tiene una relevancia muy alta, teniendo en cuenta que es el servicio que se encarga del suministrar el medicamento a toda un hospital, su actuación se hace, por lo tanto, imprescindible. Y es aquí donde el papel del celador en una farmacia se hace, si cabe, mucho más fundamental, y es que, para un celador que desempeñe su trabajo en farmacia representa una parte clave el reparto. Podemos afirmar que la labor en este servicio tiene como punto principal repartir todas aquellas necesidades en todos los ámbitos de un centro hospitalario.

Pero la participación del Celador en el reparto de medicamentos se ha de realizar de forma coordinada con los farmacéuticos, que son los que trabajan de forma estrecha con los celadores. En este servicio el trabajo en equipo ha de estar bien planificado, ya que la gran variedad de fármacos, medicamentos o sueros es tan

grande y detallada que la información sobre cantidades y tipos deberá estar siempre bien marcada.

Sin embargo, este es un trabajo mucho más complejo, ya que, el celador tendrá que tener algunos conocimientos específicos sobre el cargamento que va a repartir, además de encargarse de labores de recepción y almacén. También se suma que ha de adquirir conocimientos sobre los protocolos del servicio, y es que, no es lo mismo repartir cajas de sueros, que un medicamento que precise un cuidado más delicado por sus características. Por lo tanto, el celador en un servicio de farmacia tiene además un componente de responsabilidad.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes funciones que debe realizar el Celador.
- Destacar la responsabilidad que conlleva ser celador en un servicio farmacéutico.
- Distinguir los diferentes puestos que debe conocer el celador en este entorno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para poder definir cuáles son las principales funciones del celador en farmacia debemos comenzar por entender que se trabaja en un servicio en el que no hay un trato directo con el paciente, esto es, por lo tanto, un trabajo ajeno al paciente, pero sigue siendo fundamental para la mejoría de las personas. Hay que saber distinguir que existen 4 servicios fundamentales como son: Almacén, Paquetería, Tubos y Ciclos.

-Almacén:

Un Celador en el almacén de farmacia deberá conocer siempre donde está cada rincón del hospital, es decir, saber dónde está distribuido cada servicio de un hospital para poder llevar a cada sitio su correspondiente pedido.

El celador que esté en almacén además tendrá que tener conocimientos sobre los diferentes tipos de sueros, aunque no es imprescindible conocer su funcionalidad, si saber distinguirlo, por ejemplo, de otras marcas y características, También con el medicamento que sea más genérico y precisa de más cantidad, como es por ejemplo el Paracetamol.

- Paquetería:

El celador cuando esté trabajando en lo que se denomina paquetería de farmacia estará junto con una auxiliar y un farmacéutico/a recepcionando todos los paquetes que contenga medicamentos y sueros. Este es un trabajo que se realiza en equipo para poder contar y distinguir que medicamentos han llegado al hospital cuando previamente se ha realizado la compra.

- Tubos:

El celador en Tubos tiene como finalidad el reparto lo más rápido y eficaz posible. El celador deberá estar en todo momento disponible para recoger y repartir un medicamento lo más veloz posible, ya que en muchas ocasiones serán un medicamento de emergencia.

- Ciclos:

El celador en Ciclos se encarga solo y exclusivamente de repartir las bolsas con los citostáticos, por lo que deberá conocer todos los protocolos de seguridad para poder desempeñar bien su función. Deberá hacerlo con seguridad y ayudado de un carro para evitar un contacto directo con la carga peligrosa.

Cabe destacar que el celador no es responsable de la carga que lleva, es decir, el celador no es la persona autorizada para recoger o preparar un medicamento, solamente para su reparto, ya que no está cualificado para poder realizar esa tarea.

5 Discusión-Conclusión

Tener un celador en un servicio tan complejo como es la farmacia conlleva una preparación previa para asumir la responsabilidad de los medicamentos que se están llevando. Hay que tener en cuenta que económicamente muchos de los fármacos tienen un costo muy elevado, por lo que se hace fundamental ser lo más cuidadosos posible. Además, también hay otros factores como la eficacia en repartir, evitar cualquier problema puede hacer que el paciente que está esperando un medicamento pueda empezar su mejora lo más rápido posible.

Se insiste mucho en el concepto de rapidez para el celador porque en ocasiones el medicamento ha de mantenerse a una temperatura concreta y de romperse, por

ejemplo una cadena de frío puede provocar grandes pérdidas o lo que sería peor, perjudicar al paciente que termina por consumirlo.

6 Bibliografía

- 1 Manual de Farmacia Hospitalaria y Clínica. Libro de Referencia . Mishra, A. 2022
- 2 Guía Práctica para trabajar en farmacia. Carmen Fernández Lorenzo.
- 3 Farmacia hospitalaria: aspectos claves en la gestión y seguridad del medicamento

Capítulo 575

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SU ATENCIÓN HACIA LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

1 Introducción

El usuario en los centros de salud se refiere a la persona que busca atención médica en una institución de salud, como un hospital, clínica o consultorio médico. En este contexto, el término "usuario" se utiliza para describir a un individuo que utiliza los servicios de salud y que tiene ciertos derechos y responsabilidades en relación con su atención médica.

Como usuario de un centro de salud, tienes el derecho de recibir atención médica adecuada y de calidad. Esto implica que el personal médico y de enfermería te trate con respeto, escuche tus preocupaciones, te brinde información clara sobre tu condición de salud y te explique los tratamientos disponibles. Además, tienes derecho a la confidencialidad de tu información médica y a participar en las decisiones relacionadas con tu atención (1).

Por otro lado, como usuario, también tienes ciertas responsabilidades. Es importante que proporciones información precisa y completa sobre tu historial médico, síntomas y cualquier medicamento que estés tomando. Asimismo, debes seguir las indicaciones y recomendaciones del personal médico, cumplir con los tratamientos prescritos y asistir a las citas programadas.

Es importante destacar que los derechos y responsabilidades del usuario en los centros de salud pueden variar según el país y la legislación específica. Por lo tanto, siempre es recomendable familiarizarse con los derechos y deberes establecidos en el sistema de salud local.

En este caso, el auxiliar administrativo debe mantener la confidencialidad de la información del usuario y asegurarse de que los procedimientos administrativos se realicen de manera eficiente y transparente. Esto implica tener conocimiento sobre los protocolos y normativas del centro de salud, así como manejar adecuadamente el registro y archivo de la documentación relacionada.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo con los usuarios en los centros de salud.
- Brindar información clara y precisa, así como orientar a los usuarios en cuanto a los pasos a seguir.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

En los centros de salud, las relaciones del auxiliar administrativo con los usuarios son de suma importancia para brindar un servicio eficiente y de calidad. El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental como intermediario entre los usuarios y el personal médico y de enfermería.

El auxiliar administrativo es el encargado de recibir a los usuarios en el centro de salud, brindarles una atención amable y orientarlos en cuanto a los trámites administrativos que deben realizar. Es importante que sea cordial, empático y esté dispuesto a resolver las dudas o inquietudes de los usuarios. Además, el auxiliar administrativo se encarga de gestionar las citas médicas, asegurándose de que los usuarios reciban una fecha y hora adecuadas para su atención. Debe mantener actualizada la agenda y tener habilidades organizativas para evitar retrasos o confusiones .

Los usuarios pueden tener preguntas sobre los servicios disponibles en el centro de salud, requisitos para acceder a determinados tratamientos, documentación necesaria, entre otros aspectos. El auxiliar administrativo debe estar capacitado para brindar información clara y precisa, así como orientar a los usuarios en cuanto a los pasos a seguir. En ocasiones, los usuarios pueden presentar problemas o quejas relacionados con su atención en el centro de salud. El auxiliar administrativo debe escuchar activamente a los usuarios, canalizar sus inquietudes hacia los responsables correspondientes y hacer un seguimiento adecuado para garantizar una resolución satisfactoria. Y además, el auxiliar administrativo debe mantener la confidencialidad de la información de los usuarios, respetando su privacidad y protegiendo sus datos personales. Es fundamental que se maneje con discreción y ética en el desempeño de sus funciones .

Una buena relación entre el auxiliar administrativo y el usuario puede generar confianza y comodidad en el usuario, lo cual contribuye a una experiencia positiva en el centro de salud. Asimismo, una comunicación clara y efectiva entre ambas partes ayuda a resolver dudas, agilizar trámites y mejorar la organización del centro.

En resumen, la relación del auxiliar administrativo con el usuario en los centros de salud es esencial para garantizar una atención de calidad y satisfacción. El auxiliar administrativo desempeña un papel importante en la gestión administrativa y su trato amable, empático y eficiente contribuye a una experiencia positiva para el usuario en el centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es que las relaciones del auxiliar administrativo con el usuario en los centros de salud son fundamentales para brindar una atención de calidad. El auxiliar administrativo cumple un papel crucial en la gestión administrativa de la institución de salud y su interacción con los usuarios contribuye a garantizar un servicio eficiente y satisfactorio.

El auxiliar administrativo puede ser el primer punto de contacto para el usuario al llegar al centro de salud. Su responsabilidad principal es atender y orientar a los usuarios en cuanto a trámites administrativos, citas médicas, información sobre servicios disponibles, entre otros aspectos. Es necesario que el auxiliar sea amable, empático y esté dispuesto a escuchar las necesidades de los usuarios para brindarles una atención adecuada.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admisiondocumentacion-clinica/>.
2. <https://revistamedica.com/comunicacion-auxiliar-administrativo/>.
3. https://www.tauli.cat/tauli/images/Usuaris/documents/3.-SEAUS_Eladministrativo-de-la-salud.pdf.

Capítulo 576

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

1 Introducción

Una sección de un centro hospitalario conocida como la unidad de cuidados intensivos (UCI) está dedicada a brindar atención a pacientes que, por el estado grave en el que se encuentran, requieren de un seguimiento continuo y más exhaustivo, y cuando sea necesario, una actuación inmediata.

El personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un centro hospitalario es el encargado de brindar soporte vital a los pacientes que se encuentran en estado crítico, o que tienen un alto riesgo de sufrir un daño grave e inmediato a sus vidas, pero aún pueden recuperarse. Estos pacientes requieren frecuentemente de una vigilancia más intensiva y especializada, medicina científico-técnica superior y tratamiento exacto para regular sus signos vitales y mejorar así su estado de salud.

El celador es una de las personas calificadas de esta unidad que puede actuar con rapidez y dentro de un equipo especial.

El celador será el encargado de restringir el acceso a las visitas, asegurándose de que los visitantes estén autorizados, vestidos adecuadamente y visiten durante el horario designado.

Los celadores ayudarán al personal de enfermería en el lavado y limpieza de los pacientes, así como en los ajustes posturales necesarios para prevenir problemas de salud.

2 Objetivos

Saber cuáles son las principales funciones que realiza el celador en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un centro hospitalario.

3 Metodología

Se basa en la revisión de la bibliografía facilitada en los diversos programas de formación continua realizados sobre esta temática. Se han consultado las principales bases de datos, consultado los artículos principales y la literatura existente, como son Pubmed, Scielo.

4 Resultados

Los pacientes de la UCI son ubicados en habitaciones individuales, o "boxes", algunas de las cuales suelen ser específicas para determinadas patologías, como: boxes para pacientes politraumatizados, boxes para pacientes con enfermedades infecciosas, boxes para pacientes que sufren grandes quemaduras.

La ropa aséptica, que suele consistir en bata, mascarilla y guantes para acceder a las cajas, es necesaria para proteger tanto al paciente como al personal del hospital de cualquier daño. Sin embargo, dependiendo de la patología que haya presentado el paciente, podrían ser necesarias medidas de protección adicionales. Siguiendo las instrucciones del personal de enfermería, los celadores movilizan a estos pacientes.

Los pacientes de la UCI se encuentran en un estado vulnerable, por lo que su traslado requiere extrema precaución porque frecuentemente tienen múltiples conexiones, como sondas, sueros, drenajes, respiradores y electrodos que al moverse puede obstruirse y desconectarse.

Cuando sea práctico, los procedimientos de diagnóstico necesarios para los pacientes de la UCI se completarán en el lugar.

Si esto no fuera factible, el traslado del paciente será realizado por el celador, quien estará acompañado por el médico, enfermera y/o auxiliar de enfermería en el caso de que la salud del paciente empeore durante el traslado o mientras se realiza la prueba diagnóstica.

El celador es la única persona autorizada para trasladar pacientes de otras unidades hospitalarias a otra para pruebas diagnósticas que se estén realizando fuera de la unidad donde se atiende a los pacientes.

Debido a la delicada situación en la que se encuentra el paciente, en el caso de que el médico correspondiente solicite una radiografía a un paciente de UCI, será el técnico de rayos X el encargado de desplazarse hasta la unidad de UCI para realizar las radiografías necesarias.

Para la toma de rayos X se utiliza un equipo portátil de rayos X, y se traslada desde la unidad de radiología a la UCI y luego de regreso a la unidad de radiología que le corresponde al celador, ayudando a la movilización del paciente por parte del técnico de rayos X.

Se requiere el consentimiento del médico correspondiente para el ingreso de los familiares de los pacientes a la UCI. Entrarán debidamente ataviados con bata, mascarilla, guantes y demás complementos necesarios. Dichos familiares deberán tomar una serie de precauciones.

El celador sería responsable de ayudar al personal de enfermería a envolver al paciente fallecido en una mortaja y trasladar el cadáver a la morgue si se produjo una muerte en la UCI.

5 Discusión-Conclusión

Debido al complejo estado de salud de los pacientes de esta unidad, los celadores desempeñan un papel fundamental en el equipo de la unidad de cuidados intensivos.

El celador de la unidad de cuidados intensivos también será responsable de todas las tareas que le asignen sus superiores y que sean competencia de la categoría de cuidador.

Es de destacar que el conocimiento de los celadores sobre la movilización de pacientes es crucial para facilitar el trabajo de los demás miembros del equipo.

En el caso de los celadores es aconsejable que mantengan actualizados los conocimientos mencionados para llevar a cabo las correspondientes ocupaciones propias, delegadas y de equipo.

6 Bibliografía

- Tema 8: Actuación del celador en UCI. Disponible en: <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-8-UCI.pdf>
- Pubmed

Capítulo 577

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN ANTE EL PACIENTE FALLECIDO

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

1 Introducción

La muerte es el cese completo de todos los procesos vitales del cuerpo humano. Cualquier profesional sanitario que trabaje en un servicio hospitalario, incluido el celador, se encontrará con pacientes ingresados que pueden fallecer en el transcurso de su empleo. Para garantizar una atención médica de alta calidad, es fundamental comprender cómo comportarse ante la muerte, así como las actitudes y sensibilidades tanto de los pacientes como de los familiares.

Debemos hacer todo lo posible para reducir el trauma que esta situación causa porque estas situaciones son extremadamente difíciles y pueden tener un impacto emocional importante.

Es importante tener en cuenta la morgue, que es similar a una funeraria y puede utilizarse como lugar para exhibir los cadáveres entre el lugar de la muerte y el destino final.

Están equipados con las herramientas necesarias para realizar terapias de velorios y muerte.

En cuanto al celador, cabe mencionar dos figuras concretas relacionadas con la morgue:

- Asistente del director de autopsias, siempre auxiliando al personal responsable en sus respectivas funciones.
- Encargado de anatomía patológica, contando con personal de apoyo.

Es fundamental saber comportarse adecuadamente para evitar que el trabajo y las tareas personales del celador se vean impactados psicológicamente negativamente.

2 Objetivos

Destacar los cuidados y funciones del celador ante el paciente fallecido, la autopsia y el traslado a la morgue o sala de autopsias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos llevado a cabo una minuciosa investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

La búsqueda ha sido realizada en las páginas web de internet: MedlinePlus, Scielo, y en buscador de Google poniendo palabras clave sobre el trabajo a realizar.

4 Resultados

Antes de que fallezca un paciente, el celador debe realizar una variedad de tareas y al mismo tiempo comprender algunas ideas fundamentales.

Exitus: Es el cese total de los procesos más vitales del organismo. Los profesionales de la salud como médicos, enfermeras y técnicos de enfermería deben realizar la certificación. Los signos básicos de un paciente fallecido que los cuidadores deben conocer incluyen: falta de esfuerzo respiratorio, falta de tono muscular, desaparición del pulso, ausencia de latidos cardíacos, cara pálida, rígida y enfriamiento del cuerpo.

El cadáver del paciente fallecido es envuelto por las enfermeras y el técnico en cuidados de enfermería (TCAE) una vez que el médico certifica su deceso, siendo entonces el sanitario el encargado de transportarlo.

En caso de que ingrese otro paciente en la habitación, se debe proteger la privacidad mediante mamparas, mamparas o cortinas. Los siguientes pasos son el procedimiento:

El personal de enfermería recogerá los datos para certificar el fallecimiento del paciente.

Los celadores y personal auxiliar deberán envolver al fallecido y acostarlo.

Los familiares recibirán entregas de artículos personales. Estiraremos adecuadamente las extremidades superiores e inferiores, manteniendo los ojos y la boca cerrados.

Los brazos se mantendrán cerca del cuerpo o se cruzarán sobre el pecho si se realiza una autopsia. Los orificios alrededor de la nariz, las orejas y otras áreas se taparán con pañales para evitar la pérdida de líquido. A falta de autopsia, debemos realizar una serie de trámites:

El cadáver será cubierto por un sudario y sólo será visible el rostro. Al final, lo trasladaremos con cuidado a la morgue. Notificar a la familia del fallecimiento no es responsabilidad del celador; el médico correspondiente es quien hace esto.

El celador hace lo siguiente una vez dentro de la morgue:

- Ayudar y apoyar a los profesionales médicos (patólogos y médicos forenses) y establecer el cuerpo en decúbito supino sobre la mesa de autopsia.
- Privacidad durante todo el proceso para evitar la entrada de personas ajenas.
- Después de la autopsia, enfriar al paciente fallecido.
- Mantener la limpieza de la sala de autopsias, del equipo y de las mesas.

El celador que realice las funciones antes mencionadas deberá realizar lo siguiente:

- La barrera de protección más importante es el uso de guantes desechables.
- El uso de la bata evitará que las salpicaduras entren en contacto con el uniforme, la mascarilla y las gafas.
- Una vez terminado todo, lavarse las manos con normalidad, para evitar la contaminación microbiana.

5 Discusión-Conclusión

Cabe señalar en este trabajo que el celador es crucial tanto para las tareas hospitalarias como para los pacientes fallecidos. Tanto en la preparación de las autopsias de los muertos como en los cadáveres amortajados, ayudan al personal médico. Al final de la vida del paciente, se toman medidas de confort en un esfuerzo por minimizar el sufrimiento. Esto es bueno para la familia del paciente porque podrán aceptar mejor la situación si se ha manejado con cuidado y sin dolor.

Para que puedan tener esa tranquilidad, es fundamental hacérselo saber a los familiares.

Es fundamental saber comportarse adecuadamente para evitar que el trabajo y las tareas personales del celador se vean impactados psicológicamente negativamente.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com>
- <https://www.libertaddigital.com>
- MedlinePlus

Capítulo 578

EL CELADOR Y SU COMETIDO DENTRO DE LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

1 Introducción

La ropa y los textiles hospitalarios se limpian y esterilizan en una zona especial conocida como lavandería del hospital. Al lavar y tratar cuidadosamente estos componentes, intenta garantizar la higiene y prevenir infecciones.

La lavandería del hospital recibe, clasifica y procesa una variedad de prendas, incluidas sábanas, toallas, batas y otros textiles relacionados con el hospital, así como los uniformes que usa el personal médico. Estos objetos pueden estar contaminada química o biológicamente, lo que requiere un procedimiento de limpieza cuidadoso y especializado.

La idea de lavandería hospitalaria implica la adopción de procedimientos y normas particulares que garantizan el cumplimiento de altos estándares de calidad y

seguridad. Para conseguirlo, es necesario utilizar detergentes y antisépticos adecuados, clasificar la ropa en diferentes categorías y niveles de suciedad, controlar la temperatura de la lavadora y almacenar y secar adecuadamente los textiles. El equipo utilizado en el proceso de lavado debe ser limpiado, desinfectado y mantenido por la lavandería del hospital. Esto incluye la gestión de productos químicos, la vigilancia de las leyes medioambientales y la supervisión y control de la maquinaria.

La lavandería hospitalaria es un componente crucial del control de infecciones y la gestión de la higiene. Su principal deber es velar por que la ropa y los textiles usados se limpien y desinfecten de acuerdo con protocolos y estándares de calidad para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal médico y otros huéspedes del hospital.

2 Objetivos

En este trabajo el objetivo es definir y dejar claras las funciones de los celadores en la lavandería del hospital.

3 Metodología

Para ampliar este trabajo se realizó un estudio que incluyó un análisis bibliográfico de la literatura científica publicada recientemente. De las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, se han elegido cuidadosamente libros y artículos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Al ayudar y realizar una variedad de tareas que son esenciales para el éxito de la lavandería del hospital, el celador desempeña un papel crucial para garantizar su buen funcionamiento. Las siguientes tareas son solo algunas de las tareas que realiza el asistente de lavandería del hospital:

- Recogida y clasificación de ropa: El celador recoge textiles y ropa de todo el hospital y los divide en grupos en función del tipo de suciedad que contienen y su intensidad. Lo mejor es separar los textiles personales de los pacientes, como sus sábanas, toallas, ropa y uniformes.

- Transporte interno: Mediante los carros o contenedores adecuados, el celador se encarga de acompañar las cargas de ropa sucia desde los distintos departamentos del hospital.
- Asegurar que después de ser limpiados y desinfectados, los artículos se entreguen en el lugar correcto.
- Carga y descarga de máquinas: El celador ayuda en la carga y descarga de lavadoras y secadoras en la lavandería del hospital. Esto implica cargar correctamente las lavadoras con ropa mientras se siguen las instrucciones manuales y los procedimientos habituales.
- Durante los ciclos de lavado, los celadores controlan y vigilan la temperatura, el tiempo y la cantidad de detergente y desinfectante. Además, los procedimientos de lavado y desinfección se aseguran de cumplir con los estándares de calidad y seguridad.
- Manipular y almacenar adecuadamente la ropa limpia: El celador es responsable de manipular y almacenar la ropa limpia después de haber sido limpiada y desinfectada. La ropa debe doblarse, clasificarse y organizarse antes de distribuirse a los distintos departamentos del hospital.
- Mantenimiento de la limpieza y el orden: El celador mantiene la lavandería en estado limpio y organizado, asegurándose de que no existan obstrucciones en las áreas. También contribuye al mantenimiento de la maquinaria y equipos de la lavandería manteniéndolos limpios.

La lavandería del hospital también ha adoptado normas de seguridad e higiene. Esto incluye cumplir con las leyes ambientales, manipular productos químicos de manera segura y usar equipo de protección personal.

El celador gestiona una serie de tareas cruciales en la lavandería del hospital para garantizar que esta área funcione sin problemas. Se encarga de la recepción y clasificación de la ropa blanca, el transporte interno, la carga y descarga de equipos, la gestión de las operaciones de lavandería, el manejo y almacenamiento de la ropa limpia, el mantenimiento de la limpieza y el cumplimiento de las normas de seguridad y limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Mantener estrictos estándares de salubridad durante todo el proceso de lavado y manipulación es un consejo importante para la lavandería hospitalaria. Esto implica que se deben seguir estrictamente las pautas establecidas para la clasificación, agrupación, lavado, secado y almacenamiento de la ropa. Además de utilizar las máquinas y equipos de la mejor manera posible, los requisitos adicionales

incluyen el uso de suficientes productos de limpieza y desinfección. También son fundamentales promover una adecuada eliminación de residuos, mantener la limpieza y el orden en la lavandería y salvaguardar al personal con equipos de protección personal. Esto ayuda en la lucha contra las infecciones y mejora el bienestar de los pacientes y personal al garantizar que todas las áreas del hospital reciban ropa limpia e higiénica.

6 Bibliografía

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- www.revistamedica.com

Capítulo 579

DESAFÍOS DEL CELADOR EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

HADILLA MOHAMED ABDESELAM

1 Introducción

Los celadores, a menudo llamados asistentes de atención o auxiliares de enfermería, juegan un papel fundamental en el sistema de atención médica al brindar apoyo logístico y asistencial en los hospitales. A pesar de su importancia, enfrentan una serie de desafíos que pueden afectar tanto su bienestar personal como la calidad de la atención proporcionada.

Los celadores desempeñan un papel esencial en la operación y el funcionamiento efectivo de los hospitales, pero también se enfrentan a una serie de desafíos que afectan su labor diaria. A través de este análisis, se busca comprender mejor las dificultades a las que se enfrentan los celadores y considerar posibles soluciones para mejorar sus condiciones laborales y el impacto que tienen en la atención al paciente.

Existen diferentes estrategias para abordar los desafíos que tienen los celadores de hospital. Estas estrategias son: la gestión de la carga de trabajo, el reconocimiento y la valoración de su trabajo, la gestión de los horarios, brindarles apoyo psicológico, la formación continua. Si se invierte en oportunidades de formación y desarrollo profesional del trabajo de los celadores, esto va a hacer que se mejoren las habilidades y las competencias de los celadores, permitiéndoles asumir roles más especializados en el hospital.

2 Objetivos

Centrar y analizar los desafíos a los que se enfrentan los celadores en su trabajo dentro del entorno hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google escolar o Pubmed. Se ha realizado una búsqueda de términos como "el celador y los desafíos a los que se enfrentan en el hospital" entre otras.

4 Resultados

Los desafíos a los que se va a enfrentar el celador de hospitales es:

1. **Carga Laboral y Multitareas:** Uno de los desafíos principales para los celadores es la carga laboral intensa y las múltiples tareas que deben realizar durante su jornada. Desde el transporte de pacientes hasta la limpieza de áreas y la asistencia en procedimientos médicos, los celadores a menudo se encuentran haciendo malabarismos con diversas responsabilidades en un entorno de ritmo rápido. Esta carga puede llevar a la fatiga, el estrés y la reducción de la atención a los detalles, lo que potencialmente afecta la calidad de la atención.
2. **Falta de Reconocimiento y Valoración:** A pesar de su contribución significativa al funcionamiento hospitalario, los celadores a veces no reciben el reconocimiento y la valoración adecuados. Su trabajo detrás de escena puede pasar desapercibido en comparación con otros profesionales de la salud, lo que puede generar sentimientos de desmotivación y disminución de la moral.
3. **Riesgos para la Salud y Seguridad:** Los celadores a menudo se enfrentan a riesgos para su salud y seguridad debido a la exposición a enfermedades infecciosas, sustancias químicas y situaciones potencialmente peligrosas en el entorno hospitalario. La falta de equipo de protección adecuado y la necesidad de realizar tareas físicamente demandantes pueden aumentar la probabilidad de lesiones y enfermedades laborales.
4. **Comunicación y Colaboración:** La comunicación efectiva y la colaboración con otros miembros del equipo de atención médica son esenciales para brindar una atención de calidad. Sin embargo, los celadores a menudo enfrentan desafíos en la comunicación con otros profesionales de la salud debido a las barreras jerárquicas

y a la falta de canales de comunicación claros. Esto puede afectar la coordinación y la eficiencia en la prestación de servicios de atención médica.

5. Caminos de Desarrollo Profesional Limitados: Los celadores pueden enfrentar limitaciones en cuanto a oportunidades de desarrollo profesional y avance en sus carreras. La falta de programas de capacitación y la ausencia de caminos claros para la progresión profesional pueden llevar a la desmotivación y a la retención de habilidades no aprovechadas.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores desempeñan un papel esencial en el funcionamiento de los hospitales, pero enfrentan una serie de desafíos que abarcan desde la carga laboral y la falta de reconocimiento hasta los riesgos para la salud y la comunicación deficiente. Abordar estos desafíos requerirá una atención cuidadosa por parte de las administraciones hospitalarias y las autoridades de salud, con un enfoque en mejorar las condiciones laborales, brindar oportunidades de desarrollo y fomentar una cultura de respeto y valoración hacia los celadores. Al abordar estos desafíos, no solo se mejorará la calidad de vida de los celadores, sino que también se contribuirá a una atención médica más eficaz y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Palabras clave "los desafíos y retos a los que se enfrenta el celador".
2. Revistas científicas.
3. <https://revistamedica.com/papel-celador-ambito-sanitario/>
4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-trabajo-en-equipo-de-los-celadores-para-el-beneficio-del-paciente/>
5. <https://www.elsaltodiario.com/sanidad/celadores-piden-reconocimiento-como-profesionales-sanitarios>

Capítulo 580

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y LA IMPORTANCIA DE DESINFECCIÓN DE LA ROPA SANITARIA

BELEN MAÑAS SÁNCHEZ

JAVIER SANCHEZ CASTELLANOS

1 Introducción

De todos es sabido la importancia que tiene que la ropa y todos los textiles utilizados en el ámbito sanitario, en todos los servicios y en todos los procedimientos, esté perfectamente limpia, desinfectada y esterilizada, ya que, en caso contrario, sería una fuente de contaminación microbiana, proliferando la existencia de virus y patógenos, perjudicando la salud de los pacientes y la de los propios trabajadores de la institución sanitaria.

La ropa se clasifica en sucia, cuando ya se ha usado por el paciente, los uniformes de los sanitarios y no sanitarios, y por los distintos procedimientos que se llevan a cabo, como curas, operaciones quirúrgicas, etc. La ropa limpia es aquella que está correctamente lavada, protegida y almacenada, que todavía no ha estado en contacto con ningún paciente o medio contaminado.

El celador se encargará de gestionar la ropa sucia y la limpia, procesándola y después almacenándola en los distintos compartimentos destinados para ello según su tipología y uso, para después distribuirla y repartirla a los compañeros o servicios peticionarios. Debe de clasificar la ropa sucia que llega en bolsas según la

suciedad y el tipo de tela para poder limpiarla de una u otra forma. También se encargará del almacén procurando su orden y limpieza, que cada cosa esté en su lugar para que no de pie a errores, dando cuenta de las unidades que entran y salen para llevar un control lo más exacto posible.

2 Objetivos

- Describir las tareas a desarrollar en la lavandería por parte del celador, y las principales características de los distintos textiles que se usan en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, sobre las funciones del celador en el servicio de lavandería. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador designado en el servicio de lavandería, deberá estar formado para utilizar las distintas maquinarias que en él se encuentran, tanto como para lavar, secar o planchar la ropa, pudiendo resolver incidencias puntuales que puedan ocurrir en el funcionamiento de las mismas, avisando a los técnicos de mantenimiento si no pudieran resolverlas.

A la hora de incluirlas en las máquinas de lavar, desinfecta y secar, el celador tendrá en cuenta las siguientes consideraciones:

1/ Según el lugar de procedencia del textil: ya que no deben mezclarse la ropa utilizada por los trabajadores o pacientes de las salas de quirófano, con los pijamas de los ingresados en planta, puesto que lo que se intenta siempre es disminuir las posibilidades de que exista contaminación cruzada. La ropa de quirófano siempre va aparte.

2/ Según el color: la ropa azul y verde pueden ir juntas. La blanca irá en otra tanda distinta.

3/ Según el peso y dimensiones de los textiles: las prendas que pesen más, como suelen ser las mantas, irán juntas. Las sábanas y entremetidas, en otra, ya que si se mezclan, en la secadora, unas estarán ya secas y otras húmedas.

El celador realizará las siguientes funciones:

- Clasificar la ropa sucia que le llega en bolsas grandes, en función de los sitios de procedencia. Después separarla con los criterios que acabamos de ver.
- Peser toda la ropa sucia que entra en la lavandería, como parte del control que entra en el servicio, y para la elaboración de estadísticas y contabilidad producción-costes.
- Cargar las máquinas de lavar, preparando los detergentes y productos para la desinfección completa de los textiles.
- Saber en qué programa va cada tipo de ropa, sabiendo lo que tarda, para mientras tanto poder realizar otras labores, como cargar las máquinas de planchado, u ordenar el almacén, etc.
- Descargar ropa una vez limpia y colocarla en las máquinas de secado. Las más novedosas, incluyen secado y lavado en la misma máquina.
- Transportar la ropa de un sitio a otro con ayuda de dispositivos mecánicos o manuales, para evitar cargar peso y evitar lesiones músculo-esqueléticas.
- Proceder al planchado y doblado de toda la ropa de tipo plano.
- Controlar que no han quedado manchas, roturas o un mal planchado.
- Comprobar que las maquinarias funcionan correctamente, están conectadas a la red, se limpian y desinfectan, y si hubiera algún desperfecto, notificarlo de inmediato.
- Preparar los paquetes de ropa limpia, embalarlos con su etiqueta del servicio destinatario, y distribuirla utilizando carros, estanterías con ruedas, etc.
- Elaboración de inventarios sobre productos y útiles necesarios.

5 Discusión-Conclusión

Las características de la ropa hospitalaria, por su posible y potencial contaminación, implica que deba de tratarse bajo unas normas muy rigurosas de higiene y asepsia, para que así queden totalmente desinfectadas, evitando la contaminación cruzada y puedan volver a usarse con total seguridad para los pacientes y para los propios trabajadores, ya que la ropa de la que hablamos, no sólo es la ropa de los pacientes y ropa de cama, sino también los uniformes y los diferentes textiles que se utilizan en los distintos procedimientos como curas, operaciones, etc.

El celador llevará el control de toda la ropa sucia que sale y de la limpia que sale, sabiendo clasificar la sucia según la tipología para que se lave y se seque correctamente, sabiendo usar las distintas maquinarias, composiciones de detergentes, realizando inventarios, limpiando y realizando los mantenimientos requeridos a los distintos dispositivos, etc.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social [Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971]
2. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: lavandería hospitalaria, celador, funciones del celador en la lavandería.
3. <https://www.lavadorasindustrialesdiazmas.com>.
4. <https://revistamedica.com/>

Capítulo 581

ASISTENCIA SANITARIA PARA PERSONAS EXTRANJERAS NO REGULARIZADAS: EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

MARIA COTILLAS GUERRERO

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

La atención médica a extranjeros en situación de irregularidad administrativa es un tema de gran relevancia y complejidad en el ámbito de la salud pública y el sistema sanitario. En este contexto, los auxiliares administrativos juegan un papel fundamental, ya que son responsables de coordinar y gestionar la atención médica de los pacientes, incluyendo a aquellos que no cuentan con una regularización administrativa en el país.

La emigración en España ha experimentado un marcado crecimiento en el siglo XXI, convirtiéndose en un fenómeno estructural. Los flujos migratorios hacia nuestro país superan las previsiones, en parte debido a nuestra ubicación geográfica como puerta de entrada a Europa. Además, España es el destino preferido de los emigrantes latinoamericanos debido a la lengua compartida y a acuerdos bilaterales internacionales más favorables, derivados de un pasado histórico común.

Simultáneamente, la implementación de la libre circulación de personas en la Unión Europea ha eliminado los controles fronterizos con los países vecinos, lo que ha convertido a España en un destino principal tanto para la residencia como para el turismo de ciudadanos europeos. Este notorio aumento en la población extranjera también impacta en nuestro sistema de salud, que constituye un pilar fundamental de nuestro estado de bienestar. La salud es una prioridad fundamental para todas las personas, independientemente de su origen o nacionalidad. En esta investigación, se abordará el papel del auxiliar administrativo en la asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados, examinando las funciones y responsabilidades específicas que tienen en este contexto. Se analizará cómo los auxiliares administrativos manejan la documentación y registros de los pacientes extranjeros sin regularización, así como los desafíos que pueden enfrentar al garantizar una atención médica adecuada para esta población vulnerable. Además, se abordará la relevancia de garantizar una atención médica que sea inclusiva y equitativa para todas las personas, sin importar su estatus administrativo. Destacaremos cómo los auxiliares administrativos desempeñan un papel central en la promoción de la igualdad en el acceso a los servicios de salud.

2 Objetivos

- Describir funciones del auxiliar administrativo en la atención de extranjeros no regularizados en el ámbito de la salud.

3 Metodología

Con el propósito fundamental de dar forma a este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica rigurosa, focalizada en la búsqueda activa de artículos científicos difundidos en revistas académicas destacadas. La elección de los artículos idóneos se ha materializado a través de la consulta en diversas bases de datos reconocidas, incluyendo plataformas como Scopus, PubMed y Google Scholar.

4 Resultados

Para conocer mejor la normativa con respecto a la protección a la salud de las personas extranjeras, se realiza un estudio de la legislación actual. En cuanto a la normativa aplicable al derecho de la asistencia sanitaria a los extranjeros

el artículo 13.1 indica que “los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley”; y en el Artículo 43 “se reconoce el derecho a la protección de la salud”.

Además, la Normativa de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (Ley de Extranjería), establece en su Artículo 12 los siguientes derechos en materia de asistencia sanitaria: “los extranjeros que residen en España y están inscritos en el padrón del municipio donde tienen su domicilio habitual tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles; los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a recibir asistencia sanitaria pública en casos de urgencia debidos a enfermedad grave o accidente, independientemente de su causa, y a continuar recibiendo esta atención hasta su alta médica; los extranjeros menores de 18 años que estén en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles; por último, las mujeres extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el período postparto.” Estos derechos están respaldados por la legislación española y garantizan el acceso a la atención médica para los extranjeros que se encuentran en España, sin importar su situación migratoria.

En relación con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, su Artículo 1.2 establece que “tienen derecho a la protección y atención sanitaria todos los ciudadanos españoles y aquellos que tengan su residencia establecida en el territorio nacional”.

Asimismo, en relación con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, su Artículo 3.1 establece que “tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y aquellas personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español”. Además, su Artículo 3.3 indica que “aquellas personas que no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos podrán acceder a esta prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial”.

En el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al sistema nacional de salud, en su Disposición Adicional Única, punto 2, se establece que “a los efectos de lo dispuesto en las normas internacionales de coordinación de los sistemas de Seguridad Social, se considerarán beneficiarios las personas que mantengan una relación de cónyuge o una relación de afectividad análoga, debidamente acreditada mediante inscripción oficial, así como los descendientes y

personas asimiladas a cargo del titular que sean menores de 26 años o que tengan un grado de discapacidad igual o superior al 65%”.

Por otro lado, el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, que establece los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, en su Artículo 6, que aborda la contraprestación económica a abonar por la suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, establece lo siguiente: “si el suscriptor tiene menos de 65 años, deberá abonar una cuota mensual de 60 euros; y si el suscriptor tiene 65 años o más, la cuota mensual asciende a 157 euros.”

En general, una adecuada asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados por el auxiliar administrativo dependerá de cómo se implementen los objetivos mencionados previamente. Algunos posibles resultados positivos podrían incluir:

1. Mejora en la gestión de documentación y registros: Un adecuado manejo de la documentación y registros de los pacientes extranjeros no regularizados puede llevar a una atención médica más precisa y efectiva, evitando errores o confusiones en los diagnósticos y tratamientos.

2. Aumento en el acceso a servicios de salud: la labor del auxiliar administrativo en la facilitación del acceso a los servicios de salud podría resultar en una atención médica más oportuna para los pacientes extranjeros no regularizados, lo que podría mejorar su bienestar y calidad de vida.

3. Fomento de la equidad en el acceso a la atención médica: el trabajo del auxiliar administrativo en garantizar una atención médica equitativa podría desempeñar un papel importante en la disminución de las diferencias en la asistencia sanitaria y en la promoción de la igualdad de oportunidades para todos los pacientes, independientemente de su situación migratoria.

4. Optimización de la coordinación en la atención médica: una coordinación adecuada en la atención médica podría conducir a una mejor gestión de los recursos y una distribución más eficaz de la carga de trabajo entre los profesionales de la salud, mejorando la calidad y eficiencia de los servicios.

5. Fomento de la conciencia y sensibilidad del personal sanitario: la implicación del auxiliar administrativo en la sensibilización y capacitación del personal sanitario podría generar una mayor conciencia acerca de los derechos y las necesidades de los pacientes extranjeros no regularizados, promoviendo un entorno de atención médica caracterizado por el respeto y la empatía.

Es fundamental tener en cuenta que estos resultados hipotéticos estarán condicionados por la correcta ejecución de los objetivos propuestos y la colaboración de todos los participantes en la asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados. La promoción de una atención médica justa y equitativa para todos los pacientes, independientemente de su origen o estatus migratorio, desempeña un

papel crucial en la construcción de una sociedad más inclusiva y en el respeto de los derechos humanos.

El auxiliar administrativo en la asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados desempeña un papel fundamental en la gestión y coordinación de los servicios de salud para esta población vulnerable. Sus funciones son diversas y esenciales para asegurar una atención médica adecuada y equitativa. Algunas de las funciones específicas que puede desempeñar el auxiliar administrativo en este contexto son:

1. Gestión de la documentación y registros: el auxiliar administrativo se encarga de gestionar la documentación y registros de los pacientes extranjeros no regularizados, asegurando la confidencialidad y precisión de la información, lo que es fundamental para una atención médica adecuada.

2. Información y orientación: proporciona información clara y precisa a los pacientes extranjeros no regularizados sobre los procedimientos y requisitos necesarios para acceder a los servicios de salud. Orienta a los pacientes en el proceso de obtención médica en el sistema sanitario.

3. Coordinación de la atención médica: coordina la atención médica de los pacientes extranjeros no regularizados. Asegura que sean derivados a los servicios y especialidades adecuadas para cubrir sus necesidades de salud.

4. Promoción de la igualdad en el acceso: su labor incluye promover la igualdad en el acceso a la atención médica, independientemente de su situación administrativa. Colabora activamente para garantizar que reciban una atención equitativa y justa.

5. Información sobre derechos y opciones de asistencia sanitaria: informa a los pacientes extranjeros no regularizados sobre sus derechos y opciones en cuanto a la asistencia sanitaria. Les brinda orientación y apoyo para que puedan tomar decisiones informadas sobre su cuidado médico.

6. Sensibilización y formación del personal sanitario: también contribuye en la sensibilización y formación del personal sanitario. Destaca la importancia de brindar una atención sanitaria inclusiva y equitativa, promoviendo el respeto a la dignidad y derechos de todos los pacientes.

7. Gestión de recursos y financiamiento: El auxiliar administrativo apoya en la gestión de recursos y financiamiento para la asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados, asegurando que los servicios sean sostenibles y accesibles para esta población vulnerable.

8. Atención al paciente: El auxiliar administrativo brinda atención al cliente a los pacientes extranjeros no regularizados, asegurando una comunicación efectiva y empática que contribuya a su bienestar y satisfacción durante su experiencia en el sistema sanitario.

Estas funciones del auxiliar administrativo son fundamentales para asegurar una atención médica justa y equitativa para los extranjeros no regularizados, protegiendo sus derechos y dignidad en el acceso a los servicios de salud. Esta labor en la gestión de la asistencia sanitaria contribuye a una sociedad más inclusiva y respetuosa de los derechos humanos, independientemente del origen o situación administrativa de los pacientes.

La asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados por el auxiliar administrativo puede enfrentar diversos problemas y desafíos, algunos de los cuales incluyen:

1. Barreras lingüísticas y culturales: La comunicación puede ser un problema significativo cuando los pacientes extranjeros no regularizados no hablan el idioma local o tienen diferentes normas culturales. Esto puede dificultar la comprensión mutua y la adecuada coordinación de la atención médica.
2. Falta de documentación y registros adecuados: la falta de documentación y registros completos de los pacientes extranjeros no regularizados pueden obstaculizar el seguimiento y la continuidad de la atención médica, lo que puede afectar la calidad de la atención que se recibe.
3. Limitaciones en el acceso a ciertos servicios: algunos pacientes extranjeros no regularizados pueden encontrarse con limitaciones en el acceso a servicios de salud específicos debido a su estatus migratorio, lo que puede dificultar la gestión de ciertas condiciones médicas y tratamientos.
4. Desconocimiento de los derechos y opciones de asistencia sanitaria: los pacientes extranjeros no regularizados pueden carecer de información sobre sus derechos y opciones disponibles en cuanto a la asistencia sanitaria, lo que puede resultar en una falta de búsqueda o demora en la atención médica.
5. Estigma y discriminación: es posible que algunos pacientes extranjeros no regularizados se enfrenten a la estigmatización y discriminación en el sistema de salud debido a su situación migratoria, lo que puede tener un impacto negativo en su experiencia y confianza en la atención médica.
6. Carga administrativa: El auxiliar administrativo puede enfrentar una carga administrativa adicional al gestionar la documentación y registros de los pacientes extranjeros no regularizados, especialmente cuando se requieren trámites especiales o diferentes procedimientos.
7. Limitación de recursos: los servicios de atención médica a extranjeros no regularizados a menudo enfrentan desafíos debido a recursos limitados, lo que a su vez puede dificultar la prestación de servicios y tratamientos adecuados para esta población vulnerable.
8. Desafíos éticos y legales: los auxiliares administrativos se pueden enfrentar

a dilemas éticos y legales al proporcionar asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados, especialmente en países con políticas restrictivas.

9. Coordinación interinstitucional: es clave para garantizar la continuidad y calidad de la atención médica.

Estos problemas pueden afectar la calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados y subrayan la importancia de abordar estos desafíos de manera integral y colaborativa. Es fundamental desarrollar políticas y prácticas que promuevan una atención médica inclusiva y equitativa para todos los pacientes, independientemente de su origen o situación migratoria, y brindar apoyo adecuado al auxiliar administrativo para facilitar su labor en la gestión de la asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la asistencia sanitaria a extranjeros no regularizados, pero enfrenta diversos desafíos en su labor. La superación de estos problemas requiere un enfoque integral y colaborativo, con el objetivo de garantizar una atención médica justa y equitativa para todos los pacientes, independientemente de su situación migratoria. La colaboración activa y el compromiso son necesarios para garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud y para construir una sociedad más inclusiva y respetuosa de los derechos humanos.

En última instancia, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la defensa de los derechos y la dignidad de los pacientes extranjeros no regularizados. Su dedicación a la igualdad de acceso a los servicios de salud y su capacidad para promocionar una atención médica compresiva y compasiva es fundamental para construir una sociedad más justa e inclusiva en materia de salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 582

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

MARIA COTILLAS GUERRERO

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

El trabajo a turnos es una modalidad laboral común para muchos de los profesionales sanitarios, entre los que se encuentran los auxiliares administrativos, que se desempeñan en diversos sectores y organizaciones donde la operatividad y el servicio al paciente requieren de cobertura las 24 horas del día, abarcando toda la jornada laboral. Esta forma de empleo, si bien puede ser necesaria para garantizar la continuidad de ciertas operaciones, también conlleva consecuencias significativas para la salud física, mental y social de los trabajadores.

En esta investigación, se explorarán las consecuencias del trabajo a turnos para los auxiliares administrativos, poniendo en relieve los impactos que esta modalidad laboral puede tener en su bienestar general y su calidad de vida. Se analizarán aspectos como la alteración de los ritmos circadianos, el estrés laboral, los problemas de sueño y las dificultades sociales y familiares que pueden surgir debido a la falta de horarios estables. Además, se discutirá cómo estas consecuencias pueden

afectar la eficiencia y la productividad en el trabajo de los auxiliares administrativos, y se sugieren algunas estrategias que pueden adoptarse en este tipo de horarios para mitigar los efectos negativos del trabajo a turnos y promover un ambiente laboral más saludable y equilibrado.

2 Objetivos

- Describir el sistema de trabajo por turno por parte de los auxiliares administrativos.

3 Metodología

Con el propósito de la construcción del presente trabajo, se ha emprendido una minuciosa investigación bibliográfica a través de la búsqueda selectiva de artículos científicos divulgados en revistas científicas de interés. Los artículos han sido seleccionados utilizando diferentes bases de datos como Scopus, PubMed y Google Scholar.

4 Resultados

En el Estatuto de los Trabajadores, el artículo 36 define trabajo a turnos: “se considera trabajo a turnos toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o de semanas”.

El trabajo por turnos involucra la labor realizada por diversos equipos de trabajadores de manera sucesiva para abarcar toda la extensión de la jornada laboral en una empresa. Las jornadas laborales pueden variar notablemente, ya que algunas empresas optan por implementar jornadas completas de 8 o 16 horas, mientras que, en otros sectores, como el caso de la sanidad pública, se requiere operatividad ininterrumpida durante 24 horas. En términos de sistemas de organización de turnos, se pueden identificar varias modalidades:

1. Continuo: en este sistema, la actividad laboral se desarrolla de forma constante a lo largo de las 24 horas del día, sin interrupciones.
2. Discontinuo: en este caso, el trabajo no se mantiene durante la noche ni los fines de semana, lo que permite ciertos periodos de descanso.

3. Semicontinuo: en este sistema, se produce una interrupción en la jornada laboral de manera semanal. Se divide en tres turnos: mañana, tarde y noche, con un día descanso, generalmente los domingos.

Existen una serie de alteraciones provocado por el trabajo a turnos para los trabajadores:

1. Impacto en la salud física: al trabajar en turnos experimentan un incremento en la prevalencia de trastornos del sueño, fatiga crónica y problemas gastrointestinales. Estos efectos adversos se atribuyen a la alteración del ritmo circadiano y la falta de una rutina de trabajo regular.

2. Efectos en la salud mental: Los resultados indican que el trabajo a turnos puede estar asociado con niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión en los auxiliares administrativos. La falta de una rutina estable y la dificultad para adaptarse a los cambios de horarios pueden afectar negativamente su bienestar psicológico.

3. Dificultades sociales y familiares: Se observó que los auxiliares administrativos que trabajan a turnos enfrentan desafíos para mantener relaciones sociales y participar en actividades familiares debido a la falta de tiempo y disponibilidad durante horas convencionales.

4. Disminución de la eficiencia laboral: Los resultados indican que el trabajo a turnos puede disminuir la eficiencia y productividad de los auxiliares administrativos, ya que la fatiga y el estrés pueden afectar su capacidad para enfrentar eficazmente sus responsabilidades laborales.

5. Aumento del riesgo de accidentes laborales: según algunos estudios, los auxiliares administrativos que desempeñan sus labores en turnos enfrentan un mayor riesgo de sufrir accidentes laborales, principalmente debido a la fatiga y la falta de concentración durante las horas no habituales de trabajo.

6. Desafíos en la conciliación entre trabajo y vida personal: se evidencia que el trabajo a turnos puede plantear dificultades para equilibrar la vida laboral y personal de los trabajadores, lo que a su vez puede generar conflictos y afectar su bienestar general.

7. Necesidad de apoyo institucional: se destaca la importancia que los auxiliares administrativos atribuyen al respaldo institucional para abordar las repercusiones del trabajo a turnos. Esto incluye la implementación de programas de salud y bienestar, horarios flexibles y recursos para gestionar el estrés y la fatiga. En síntesis, los resultados enfatizan que el trabajo en turnos puede tener un impacto significativo en la salud física, mental y social de los auxiliares administrativos. La interrupción de los ritmos circadianos, el estrés y la irregularidad en los horarios son factores que afectan su bienestar general y su capacidad para desempeñarse de manera efectiva en el trabajo. Es imperativo reconocer la impor-

tancia de brindar apoyo institucional y tomar medidas para mitigar los efectos negativos del trabajo en turnos en los auxiliares administrativos, garantizando así un entorno laboral más saludable y equilibrado para estos profesionales, que desempeñan un rol fundamental en el funcionamiento de las organizaciones. Por ello, pueden tomarse una serie de medidas preventivas relacionadas con la organización y con la planificación de los turnos, entre las que se encuentran:

1. Optimizar la carga laboral durante el turno nocturno. Se procurará evitar, en la medida de lo posible, asignar tareas de alta carga psicológica y elevada demanda de atención entre las 3 y las 6 de la mañana.
2. Se implementarán comedores en los lugares de trabajo, equipados con dispositivos para calentar la comida.
3. Se establecerán rangos de edades mínimas y máximas para los empleados que se exponen a trabajos por turnos.
4. Se desarrollarán protocolos médicos específicos para empleados que participan en labores por turnos.
5. Se fijarán criterios médicos para excluir a ciertos trabajadores de la programación por turnos, basándose en pautas médicas.
6. Se considerará la opción de una semana laboral reducida: En la actualidad, algunas organizaciones están adoptando la idea de una semana laboral reducida, en la cual los empleados trabajan 4 días y descansan 3, condensando las horas de trabajo en menos días por semana.
7. Involucrar al personal en la conformación de los equipos para cada turno, siempre que sea posible, además de permitir que el personal no sanitario participe en la selección de horarios por turnos, tomando en consideración las diferencias individuales; algunas personas se adaptan mejor al turno nocturno.
8. Garantizar que el calendario de trabajo por turnos sea comunicado a todos los empleados con suficiente antelación para que puedan organizar su tiempo libre.
9. Respetar al máximo los patrones de sueño de los empleados. Los turnos matutinos no deben comenzar excesivamente temprano.
10. Preferentemente, los días de descanso deberían seguir a los turnos nocturnos. Esto proporcionará un período más amplio para el descanso nocturno.
11. Los turnos de noche y tarde deben tener una duración más breve que los turnos de la mañana.
12. Buscar la estabilidad en los equipos que forman los turnos, evitando cambios constantes.
13. Las rotaciones pueden ocurrir en dos direcciones. Natural: Mañana, tarde y noche. Inverso: Noche, tarde, mañana.
14. Se sugieren turnos con ciclos cortos (cambios cada 2 o 3 días) para minimizar

el impacto en los ritmos circadianos. No obstante, esto puede afectar la vida social y familiar, lo que dificulta su implementación.

15. Se propone permitir descansos durante los turnos nocturnos, como siestas nocturnas alrededor de las 3 de la mañana. Estas pausas aumentan el estado de alerta y mejoran la realización de tareas críticas, como la toma de decisiones y tareas complejas.

16. La opción de turnos flexibles, conocidos como "grupos autónomos temporales", permite a los trabajadores seleccionar horarios que se adapten a sus estilos de vida. Sin embargo, esto podría no ajustarse a las demandas productivas de la mayoría de los centros sanitarios y presenta desafíos en su aplicación debido a su falta de alineación con las necesidades organizativas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los resultados de esta investigación resaltan la importancia de reconocer y abordar las consecuencias del trabajo a turnos para los auxiliares administrativos. La alteración del ritmo circadiano, el estrés y la falta de horarios regulares afectan la salud física, mental y social de estos profesionales clave en el funcionamiento de las organizaciones. Para promover un ambiente laboral más saludable y equilibrado, es esencial proporcionar apoyo institucional y adoptar medidas para mitigar los efectos negativos del trabajo a turnos en los auxiliares administrativos. La implementación de programas de salud y bienestar, horarios flexibles y recursos para gestionar el estrés y la fatiga son algunas de las estrategias que pueden ayudar a mejorar el bienestar y rendimiento de estos trabajadores, asegurando así una fuerza laboral más satisfecha y eficiente en el entorno laboral actual.

En última instancia, es imprescindible concientizar tanto a los auxiliares administrativos como a las organizaciones sobre los desafíos asociados al trabajo a turnos y la importancia de proteger la salud y bienestar de estos profesionales clave en el funcionamiento de las organizaciones. Al reconocer y abordar estas consecuencias, se puede promover un ambiente laboral más saludable y equilibrado para los auxiliares administrativos, asegurando su satisfacción y eficiencia en el entorno laboral actual.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 583

INSTALACIÓN DE LA ACOMETIDA AÉREA: EL PAPEL DEL ELECTRICISTA

ADRIAN GONZALEZ LASSO

DAVID NAVARRO SAN JULIAN

1 Introducción

La acometida aérea es una de las maneras de hacer llegar la fibra hasta las instalaciones del cliente (la otra forma es por medio soterrado).

La acometida se define como una parte de una instalación de red de distribución que proporciona un(os) gabinete(s) protector(es) común(es) o un bloque funcional equivalente. Se debe describir la conexión con el edificio, aportando datos sobre:

- Punto de enganche asignado por la Compañía Suministradora.
- Tipo de naturaleza de la acometida (aérea, subterránea o mixta).
- Trazado.
- Canalización.
- Conductores.

El cable de bajada SST es resistente a los rayos UV, bloquea la entrada de agua a la fibra y emite menos humo. Es adecuado para la instalación de conductos exteriores, subterráneos o aéreos directos e interiores.

Las condiciones de instalación pueden incidir en la sobreestimación o subestimación de algunas características de los equipos, lo que se refleja en su capacidad nominal (In).

Para evitar riesgos, cuando una corriente superior a 0mA pasa, por una parte, del cuerpo gente, se estará en grave peligro si no se interrumpe esta corriente por un tiempo muy corto (menos de 500 ms).

El grado de peligro para la víctima depende del amperaje, las partes del cuerpo por las que pasa y el paso del tiempo de la corriente eléctrica.

2 Objetivos

- Dar a conocer la secuencia paso a paso para garantizar la instalación de la acometida aérea, mediante la protección, mando y maniobra de una instalación eléctrica de media y baja tensión.
- Exponer el procedimiento correcto que garantiza la seguridad del técnico en campo.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una consistente investigación, basada en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos y libros, consultando las principales bases de datos como Google académico, PubMed o Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la instalación de una acometida aérea se necesitan cuatro pasos:

- Realizar un estudio de viabilidad:

Antes de iniciar la instalación, el técnico debe viabilizar la red externa con el fin de detectar cualquier problema con anticipación y tomar las medidas correctivas oportunas sin necesidad de volver otro día, preferiblemente antes de la finalización del servicio de instalación en la casa.

- Anclar el retenedor en el poste:

Para postes de madera: Para equipar el poste, es necesario perforar un agujero en el poste de madera (altura mínima 4,5m desde el suelo) para colocar y fijar el soporte.

El agujero debe hacerse al lado de la carretera, porque este lado tiene que hacer la conexión del cable.

Para postes de concreto ya existen los orificios y el soporte posee un sistema expansible que se abre conforme apretamos el tornillo, permitiendo que este quede bien fijo dentro del orificio

- Iniciar el tendido del cable y realizar su amarre en el retenedor de acuerdo con cada modelo de retenedor:

Coloque siempre los cables al costado de la carretera, por razones de seguridad y con una altura mínima de 4,5 m.

- Amarre del paso en línea recta y en ángulo de 90°:

Para facilitar la instalación, cuando se utilizan dos soportes, el volante debe estar fuera de los ganchos de ambos elementos. De esta forma, el portaequipajes izquierdo queda posicionado con el portacables en la parte trasera.

Se debe prestar especial atención a la correcta colocación del cable en el canal guía en toda su longitud, antes de asegurarlo con el volante.

Soporte final y guía de 90°, donde se utilizan dos abrazaderas, una para acceder al cable que conecta el poste y otra para guiar el 90.° hasta el domicilio del cliente. Para ello, coloque el gancho entre el soporte y el soporte en el segundo orificio (de izquierda a derecha) del soporte.

Así, el retenedor de la izquierda queda posicionado con el canal de guiado del cable en dirección de la vivienda a acometer.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia saber cómo lanzar el cable de acometida SST o cualquier otro cable de acometida en las instalaciones en red externa.

El proceso de lanzamiento se basa en realizar 4 pasos cuyo dominio reducirá el tiempo que dedicamos a la instalación, mejorando así nuestra productividad.

Los procedimientos de seguridad son de suma importancia. Siempre se debe utilizar EPI (Equipo de Protección Individual) y EPC (Equipo de Protección Colectiva) antes de iniciar el proceso de instalación en la acometida aérea.

Además, las medidas de protección eléctrica dependen de dos requerimientos fundamentales:

- La puesta a tierra de todas las partes expuestas que pueden ser conductoras del equipamiento en la instalación, constituyendo una red equipotencial.
- La desconexión automática de la sección de la instalación involucrada, de manera tal que los requerimientos de tensión de contacto (U_c) y el tiempo de seguridad sean respetados.

Los tiempos de desconexión y el tipo de protecciones a usar dependen del sistema de puesta a tierra que posee la instalación.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 584

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO SANITARIO

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

1 Introducción

Hablaremos de como procede el equipo de auxiliares administrativo en los centros hospitalarios y que funciones son más importantes de los que desempeñan, ya que son los que primeramente tienen contacto con los pacientes y sus familiares y es muy importante un trato cordial y tranquilo a la hora de tratar con ellos. En el centro médico podemos encontrar diferentes perfiles profesionales, tanto médicos como no médicos, que interactúan y colaboran para una mayor fluidez y eficacia. En nuestro caso, nos centraremos en los auxiliares administrativos y sus funciones específicas dentro de un centro médico en particular. Cuando hablamos de centros médicos nos referimos tanto a la atención primaria, como un centro médico, como a la atención especializada, como un hospital. Dentro de las funciones de un auxiliar administrativo, estas pueden variar dependiendo del servicio o área en la que se desempeñe, no será lo mismo el trabajo que este

profesional debe realizar estando en el servicio de urgencias de un hospital, que el de un auxiliar administrativo. Puede decirse que a grandes rasgos las funciones que desempeñarán los auxiliares administrativos en ambos centros pueden calificarse de similares, pues su labor y desempeño incluye tareas específicas y bien definidas, con una distinción muy clara.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las principales funciones que tiene que llevar a cabo el auxiliar administrativo en un centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es importante destacar que para poder trabajar como auxiliar administrativo primero han de cumplirse algunos requisitos como pueden ser:

- Título de ESO, el de graduado escolar, el título de grado medio de formación profesional, el de técnico, formación profesional de primer nivel, y el de equivalente o bachiller.
 - Tener las disposiciones funcionales
 - Y por supuesto, ir conociendo poco a poco en qué consiste el trabajo de un administrativo sanitario, porque al fin y al cabo es el puesto al que quieres que vaya encaminado tu futuro profesional.
- Dicho esto, a continuación veremos cuál serán las funciones administrativas más importantes a realizar en un centro sanitario:
- . Atender al público.
 - Recibir llamadas, preparar y gestionar datos informáticos.
 - Organizar y tramitar expedientes.
 - Gestionar citas en el servidor o mecanografiar documentos.

Pero dentro de estas funciones podríamos decir que este personal debería seguir unas pautas básicas para el desarrollo correcto y efectivo de sus tareas, que serían las siguientes:

- Planificación: ayuda a saber administrar las tareas a realizar. Una buena planificación es la base para el desarrollo de tareas.
- Organización: consiste en la preparación y tratamiento de las tareas a realizar.
- Coordinación: consiste en la unión entre las tareas a realizar y las personas que se encargaran de realizarlas
- Dirección: consiste en la buena gestión de todo el proceso
- Control: examinar la calidad de todas las áreas o servicios, así como detectar posibles problemas.

A tener en cuenta que dichas funciones administrativas siempre podrán variar dependiendo del servicio o área en el que dicho profesional esté destinado.

Lo importante de la preparación ante todo es la calidad humana a la hora de tratar con los pacientes y sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

Un auxiliar administrativo no es un profesional sanitario, sino que pertenece al ámbito de la gestión y los servicios, que engloba una gran cantidad de funciones que se realizan en un centro médico. En nuestra investigación hemos visto funciones básicas que son muy importantes a seguir para realizar su trabajo diario, pero como sabemos, dentro de estas funciones, los empleados también realizan otras funciones más específicas dependiendo de cada servicio en que están. Por ello, se puede decir que el auxiliar administrativo es un pilar muy importante en el centro médico, ya que en muchos casos la rotación y el trato del personal médico dependerá de la función del personal médico. La buena comunicación entre el personal sanitario y no sanitario será fundamental para la atención al usuario y el correcto funcionamiento de la instalación.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Google

Manual básico del auxiliar administrativo <https://ocronos.com>

Capítulo 585

ASISTENCIA A PACIENTES EXTRANJEROS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

1 Introducción

La asistencia sanitaria española a pacientes extranjeros de otras culturas por un profesional auxiliar administrativo puede incluir varias acciones. Algunas de las tareas que podría llevar a cabo incluyen:

- Proporcionar información y una comunicación adecuada para hacerse entender y al mismo tiempo comprender lo que te están transmitiendo en varios idiomas sobre los servicios médicos disponibles, esto sería lo ideal.
- Ayudar a los pacientes a comprender y completar todos los formularios que sean necesarios para su atención, asistencia o incluso ingreso o peticiones que se requieran.
- Coordinar con intérpretes para proporcionar servicios de traducción durante las visitas médicas.

- Proporcionar información sobre todos y cada uno de los recursos comunitarios que se encuentren disponibles para pacientes extranjeros, aunque esto irá siempre en dependencia de lo que esté demandando el usuario o paciente extranjero.
- Ayudar a los pacientes extranjeros a comprender las normas y las leyes relacionadas con la asistencia sanitaria en España, como el sistema de seguridad social y los derechos de los pacientes.

Es importante tener en cuenta que el trabajo de un profesional auxiliar administrativo en esta área podría variar dependiendo de la organización y del contexto específico.

Se considera esencial que el profesional auxiliar administrativo tenga una comprensión y sensibilidad cultural para poder brindar un servicio de calidad a pacientes extranjeros.

2 Objetivos

- Dar a conocer el procedimiento para realizar una buena asistencia y atención a pacientes o usuarios extranjeros en la sanidad española, por parte del profesional auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y, asimismo, se han consultado artículos de las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un profesional auxiliar administrativo que trabaja y desarrolla su labor en la sanidad puede utilizar varias y múltiples estrategias a la hora de atender y gestionar para hacerse entender cuando quiere preguntar a un paciente extranjero de otra cultura, qué le duele, o qué necesita, así como si demanda algún trámite documental, entre otras muchas gestiones y, todo esto, sin saber el lenguaje de comunicación del país del que procede el usuario o paciente.

Algunas de las estrategias que podría utilizar se exponen a continuación y que estas incluyen:

- La utilización y manejo de dibujos o de imágenes para comunicar la pregunta que se quiere realizar. Por ejemplo, señalando un dibujo de un cuerpo humano y que este actuar señalando dónde siente el dolor.
- Utilizar múltiples herramientas tipo app, como puede ser un traductor de idiomas en línea o una aplicación de teléfono para así poder comunicarse con el usuario o paciente extranjero.
- Utilizar los muchos gestos universales y lenguaje corporal para así poder comunicar la pregunta. Por ejemplo, señalando por parte del usuario o paciente dónde siente el dolor o diciéndole que efectúe una mueca de dolor.
- Buscar si fuera necesario y por supuesto si en el lugar de trabajo existe esa figura profesional, la ayuda de un intérprete profesional o inclusive de un miembro del personal que se sepa que hable y medianamente logre controlar el idioma del usuario o paciente extranjero.
- Utilizar siempre y en todo momento una combinación de estas estrategias para así lograr aumentar las posibilidades de comunicarse con el usuario o paciente extranjero.

Es importante tener en cuenta, y en cualquier caso es importante tener siempre, una actitud respetuosa y, como referimos anteriormente, demostrar una actitud empática con el paciente y tratar de comprender sus necesidades e inquietudes.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales trabajadores en la salud y responsables, en la mayoría de los casos, de la primera asistencia en cuanto a recibir y gestionar la demanda de un usuario o paciente extranjero, el auxiliar administrativo debe tener como premisa fundamental la empatía, intentando comprender en todo momento lo que nos están transmitiendo para saber a qué atenernos o a donde se le deriva para una correcta asistencia del mismo.

Se resalta la importancia de poder disponer de herramientas que faciliten este trabajo, especialmente, en los casos de tratar con usuarios de otros países.

6 Bibliografía

1. Usos y abusos del concepto de cultura. Cuadernos de pedagogía. Carrasco. S.
2. Vivir entre dos culturas. Serbal, UNESCO. Andizian S, Catani y otros autores.
3. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/inmigracion/inmigra.htm>

4.<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf>.

Capítulo 586

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A PANTALLAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

El uso de pantallas, hoy en día, pasa a ser necesario en la actualidad para realizar trabajos de auxiliar administrativo, ya que, es una herramienta fundamental para el desarrollo de su labor, dicho uso está relacionado con la aparición de riesgos laborales, cuando el trabajo se realiza de forma continua es perjudicial para nuestra salud y sobre todo para lo ocular.

Cada vez es más frecuente la realización de estudios relacionados con pantallas de visualización de datos, siendo parte del tema, los equipos informáticos como consecuencia que se han incrementado en su uso por parte de las administraciones sanitarias, también podemos mencionar las ventajas que tienen estos equipos, por su eficacia y rapidez.

El uso generalizado de dispositivos informáticos y el efecto que pueden producir en nuestra salud es totalmente negativo cuando estas se usan mal, lo que lleva a afectar nuestro día a día frente a las pantallas.

Por tanto, se desarrollará un protocolo de actuación frente a las pantallas de visualización de datos, ya que, forma parte de todo nuestro ámbito laboral y estamos en contacto con ellas durante horas, a sí mismo, optaremos por una mejora laboral, ventajosa y productiva para nuestra salud. Siempre debemos mantener la debida precaución.

2 Objetivos

- Mostrar los riesgos y consecuencias que conlleva la exposición prolongada a las pantallas de equipos informáticos, conociendo la gran influencia negativa para la salud ocular.

3 Metodología

Para este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se han consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es fundamental la salud visual del equipo administrativo de los centros sanitarios. Lo más importante es mantener una distancia de al menos 55 cm entre los trabajadores y la pantalla de datos, ya que esto reduce los posibles efectos de la radiación luminosa.

Saber gestionar la configuración de la pantalla facilitará las cosas a los auxiliares administrativos, puesto que será su herramienta de trabajo diario.

El incumplimiento de los objetivos establecidos para evitar las pantallas de visualización de datos podría tener graves consecuencias para el futuro de los asistentes administrativos, lo que generaría resultados negativos para la salud, tales como:

- Trastornos extraoculares.
- Dolores de cabeza.
- Vértigo o mareos, especialmente si la visión está deteriorada.
- Ansiedad.
- Epilepsia fotosensible.
- Desenfoque.

- Fatiga mental.
- Pérdida de concentración.
- La imagen es difícil de enfocar, por ejemplo, está borrosa o fantasma.

Debemos tener en cuenta todos estos puntos y seguir las recomendaciones mínimas para mantener una postura correcta frente a la pantalla de visualización de datos antes de iniciar la jornada laboral.

En este capítulo, es importante mencionar y tener en cuenta que cada 50 minutos necesitamos tomar pequeños descansos de unos 5 minutos para mantener nuestros ojos seguros y no abarrotar nuestra mente con la atención constante en la pantalla.

El uso generalizado de dispositivos informáticos y el efecto que pueden producir en nuestra salud es totalmente negativo cuando estas se usan mal, lo que lleva a una afectación de nuestro día a día frente a las pantallas.

Por tanto, se desarrollará un protocolo de actuación frente a las pantallas de visualización de datos, ya que, forma parte de todo nuestro ámbito laboral y estamos en contacto con ellas durante horas, a sí mismo, optaremos por una mejora laboral, ventajosa y productiva para nuestra salud.

5 Discusión-Conclusión

Todas las consecuencias enumeradas en este capítulo se desarrollarán positivamente, siguiendo unas pautas, reglas y normas establecidas por la empresa. Se deberá evitar todo aquello que afecte negativamente al desempeño de las funciones del auxiliar administrativo en un centro sanitario.

Podemos concluir que, observando la higiene postural y siguiendo las recomendaciones mencionadas, trabajaremos con nuestro entorno laboral, mejorando así nuestro desempeño, no nos lesionaremos y, además, nos sentiremos seguros y protegidos en el desempeño de nuestras funciones en el ámbito de la salud.

Se destaca la importancia de que si se detectan desviaciones en la pantalla de visualización de datos, se notificará al departamento correspondiente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com>.
2. <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org>.
3. <https://www.insst.e>.

Capítulo 587

GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE EXTRANJEROS/TARJETA SANITARIA EUROPEA PARA COBRO DE FACTURACIÓN A TERCEROS BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

SUSANA OCHOA GUIJARRO

ANA MARIA PATO DE PABLO

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

1 Introducción

Los auxiliares administrativos tienen una función primordial en la gestión de la tarjeta sanitaria europea, puesto que el usuario que viene de la Unión Europea a ser atendido en un centro de atención primaria desconoce cómo y dónde debe dirigirse, es el auxiliar administrativo quien resuelve sus dudas, y quien da solución a cualquier gestión.

La tarjeta sanitaria europea (TSE) es el documento único, que, de forma gratuita, certifica el derecho a recibir las prestaciones sanitarias que sean necesarias, durante una estancia temporal en el territorio de los países miembros de la Unión Europea, teniendo en cuenta el tipo de prestaciones y el tiempo de la permanencia prevista según la legislación del país, aunque la estancia sea el turismo, trabajo o formación.

La tarjeta sanitaria europea la puede solicitar, la persona titular que tenga derecho a la asistencia sanitaria, así como sus beneficiarios.

En algunos casos, el usuario deberá abonar una cantidad fija o un tanto por ciento de los gastos derivados de la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones a los países miembros de la Unión Europea al que se desplaza. Estos importes no son reintegrables.

La tarjeta sanitaria europea se enviará al domicilio que haya indicado en la Seguridad Social en un plazo no superior a 5 días.

2 Objetivos

- Adquirir los conocimientos necesarios sobre la documentación que el auxiliar administrativo debe demandar al paciente en el ejercicio de su función y, por tanto, aplicar el desarrollo de la ley en cuanto a la tarjeta sanitaria europea se refiere.
- Exponer las premisas que orienten e informen al usuario para poder satisfacer sus demandas y expectativas.

3 Metodología

En este trabajo se han consultado diferentes bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, buscadores como Google, manuales del SESCOAM y además todo lo referente al marco legal como se hace referencia en la bibliografía, para ser una fuente totalmente fiable de este campo y de los datos recogidos.

4 Resultados

Una vez el paciente es atendido por un auxiliar administrativo, se le incluye en la base de datos correctamente, comprobamos que la tarjeta europea tiene validez y no está caducada, le damos las indicaciones necesarias para proceder a la atención sanitaria y la documentación que debe aportar para ser atendido.

Se deberá enviar a la Unidad de Facturación:

- Informe clínico o modelo H-1 e informe de facturación a terceros (datos de identificación del paciente completos y legibles).
- Fotocopia de la tarjeta sanitaria europea (debe presentar el paciente en el momento de la asistencia).
- Fotocopia del convenio bilateral entre España y el país de origen (en casos de asistencia a extranjeros no pertenecientes a la Unión Europea que tengamos convenio con su país), este documento debería llevarlo el paciente a la hora de solicitar asistencia.

Modelo H-1: los centros de salud disponen de este modelo, también se puede sacar de TURRIANO y se deberá cumplimentar por triplicado. Se envía el Informe Clínico o el Modelo H-1, junto con el resto de los documentos.

El auxiliar administrativo dará información al usuario de dónde debe dirigirse cuando es de algún país miembro de la Unión Europea para solicitar la tarjeta sanitaria europea a través de la seguridad social o de la Sede electrónica de su país.

El auxiliar administrativo debe tener información en la medida en que la tarjeta sanitaria europea no es válida, cuando el usuario viaja con la finalidad de recibir exclusivamente tratamiento médico, y cuando traslada su lugar de residencia habitual a otro estado miembro de la Unión Europea.

El auxiliar administrativo guardará una copia en el centro de atención primaria de la tarjeta sanitaria europea para llevar un control de los usuarios y cuando caduque dar de baja en la base de datos del programa TURRIANO.

5 Discusión-Conclusión

La buena labor de los auxiliares administrativos en el tratamiento personalizado al paciente para transmitirle la información necesaria referente a la gestión de la asistencia sanitaria, para los usuarios procedentes de los países miembros de la Unión Europea y la dificultad que conlleva muchas veces el idioma, gestionar la documentación por el auxiliar administrativo para que se haga efectiva la atención sanitaria, y enviarlo a la unidad de facturación a terceros para la gestión del cobro.

En el equipo de atención primaria se trabaja la coordinación entre auxiliares administrativos y los sanitarios para que cuando estos pacientes sean atendidos nos hagan llegar la documentación necesaria para poder enviar al departamento correspondiente, y se sientan uno más dentro de nuestra unidad sanitaria.

6 Bibliografía

1. <https://www.segsocial.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10938/11566/1761https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=es>.
2. <https://www.segsocial.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10938/11566/b5e1b6bd-f67b-43c9-b697-5532bcd361d>.
3. <https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/Asistencia+Sanitaria/202046SinC>.

Capítulo 588

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS PARTES JUDICIALES DE LESIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

SUSANA OCHOA GUIJARRO

ANA MARIA PATO DE PABLO

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

1 Introducción

El Parte de Lesiones es un documento médico-legal de suma importancia, y de notificación obligatoria a la autoridad judicial competente, frente a cualquier lesión que pudiera ser constitutiva de falta o delito. En este caso, los auxiliares administrativos tienen una labor importante en el tratamiento y gestión de la documentación, y por consiguiente deben preservar la protección de datos del usuario en cuestión, ya que se trata información sensible y documentos pertenecientes al contenido de la historia clínica relativa al paciente en Atención Primaria.

El parte de lesiones es fundamental en procesos judiciales sobre posibles situaciones de violencia. Los profesionales sanitarios deben hacer el parte de lesiones cuando consideren o tengan la certeza que el paciente ha sufrido una posible agresión, que el paciente se niegue a hacerlo tiene una importancia secundaria, la obligación profesional del médico le exige realizarlo, además debe dejar constancia en la historia clínica del paciente la negativa a realizarlo, y la ausencia de colaboración ante el posible parte de lesiones esto está regulado en la Ley de enjuiciamiento Criminal 259, 262 y 355.

El auxiliar administrativo tiene importancia fundamental en el tratamiento y gestión de la documentación y el buen uso de los datos del usuario.

2 Objetivos

- El auxiliar administrativo debe saber clasificar el tipo de lesión producida al usuario, por ejemplo, si es producida por un animal, agresión, malos tratos, etc.
- Conocer el proceso para enviar los partes judiciales por el auxiliar administrativo al juzgado para que tenga constancia de la lesión producida, y proceda con las actuaciones pertinentes.
- Conocer la obligación legal, relevancia y necesidad de las funciones de los auxiliares administrativos en lo que respecta a la documentación y como proceder a la hora de gestionar los partes de lesiones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los que están relacionados con el estudio.

4 Resultados

Los partes de lesiones se pueden emitir en el caso de accidentes de tráfico (incluso sin colisión, auto colisión o atropello), agresiones, malos tratos, acoso, accidentes de caza, accidente escolar, mordeduras de animal y cualquier otro hecho susceptible de denuncia.

Una vez que el usuario ha sido atendido por el Equipo sanitario, el médico tiene que entregar los partes de lesiones producidos al auxiliar administrativo, y debe tener conocimiento de los casos descritos en el párrafo anterior.

En todos los casos el parte judicial tiene que ir acompañado de informe clínico, debe ser firmado por el médico y se entregará al auxiliar administrativo para su tramitación.

En el caso de que hubiera cargo a terceros, se adjunta el Informe Clínico y el auxiliar administrativo debe enviar una copia a la unidad de facturación de su Gerencia.

En un Accidente de Tráfico, Accidente laboral o Accidentes deportivos Federados, cuando proceda realizar parte de lesiones, el auxiliar administrativo realizará dos copias, el original para el juzgado, una copia para el centro u otra copia para la Unidad de Facturación de la Gerencia.

Cuando son agresiones a particulares, el auxiliar administrativo manda al juzgado el original del parte de lesiones y el centro se queda con una copia. En este caso no hay facturación a terceros. Solo se enviará a la unidad de facturación si se trata de agresiones, siendo por accidente laboral por ejemplo policía, guardia civil, cuerpos de seguridad del Estado, por actuaciones en horario laboral.

Una vez sellados los partes judiciales por el juzgado, tienen que devolver al Centro de Atención Primaria copia sellada para que sea archivada.

Todo lo anterior es procedimiento manual; hoy en día es bien sabido que existen una serie de aplicaciones informáticas que se ocupan de todas estas funciones; en cada Comunidad Autónoma son distintas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la labor de los auxiliares administrativos en el tratamiento de los partes judiciales porque hay que preservar la intimidad del paciente y la protección de sus datos, así como comprobar que la documentación que se envía al juzgado esté debidamente cumplimentada con las correspondientes copias realizadas. La colaboración del auxiliar administrativo con el médico de Atención Primaria es fundamental para la tramitación de los partes judiciales, así como la tranquilidad, seguridad y humanización al usuario en ese momento. Hay que recalcar que los partes judiciales es una obligación legal del médico, exista o no, una denuncia previa o un deseo del propio paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.unitecoprofesional.es/blog/cuando-debo-hacer-parte-de-lesiones-sin-denuncia/#::text=La%20Ley%20de%20Enjuiciamiento%20Criminal,de%20la%20v%C3%ADctima%20al%20respecto.https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/manual_urgencias_re2016.pdfhttp://2012.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2007/modulos/modulo9/cs10.php.
3. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-DP-2023-145.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 589

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA COBRO A TERCEROS NO BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

SUSANA OCHOA GUIJARRO

ANA MARIA PATO DE PABLO

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

1 Introducción

Los auxiliares administrativos van a poder tramitar a los usuarios no beneficiarios de la Seguridad Social, los accidentes de tráfico, accidentes laborales y enfermedad profesional, mutualidades: Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros (ASISA), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), Mutualidad General Judicial (MUGEJU), entidades o empresas colaboradoras, etc. Debemos distinguir qué tipo de usuario vamos a atender en el momento, para dar el tratamiento adecuado. Una vez detectado que se trata de un paciente no beneficiario de la

seguridad social, los sanitarios responsables tienen el deber de entregar el informe correspondiente al auxiliar administrativo para poder gestionar el cobro a terceros.

Es muy importante que los informes estén debidamente cumplimentados con toda la información del usuario (nombre y apellidos, dirección, teléfono, etc.), a fin de conseguir la máxima eficacia conjunta en el Equipo de Atención Primaria. Los auxiliares administrativos deben saber las instrucciones a seguir para poder facturar correctamente a las compañías Aseguradoras, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y/o particulares en su caso, así como los modelos de formularios a cumplimentar para lograr de este modo, una mayor agilización y eficacia en los trámites administrativos, evitar las posibles incidencias que pudieran surgir en el momento de la facturación y permitir incrementar los ingresos en el Área. Las administraciones públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios que estén obligados al pago tendrán derecho a reclamar al tercero responsable el coste de la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

-Adquirir conocimientos sobre la documentación que el auxiliar administrativo debe solicitar al sanitario en el ejercicio de su función.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/boe/dias/2022/11/29/pdfs/BOE-A-2022-19893.pdf>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 590

EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS LABORALES QUE PUEDAN DESARROLLAR EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES DENTRO DEL TRABAJO

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

Los centros de salud y los hospitales tienen un entorno de trabajo completamente heterogéneo, donde tanto la atención médica como la administrativa, forman parte de un tándem cuyo propósito es desempeñar sus funciones profesionales con la mayor eficiencia y calidad. Es por ello que la figura de los auxiliares administrativos desempeña un papel vital en el funcionamiento eficiente de estas instituciones.

No obstante, a medida que desempeñan sus funciones primordiales en la gestión de documentos, registros y comunicación, también están expuestos a una serie

de riesgos laborales que pueden afectar a su bienestar personal, el cual puede acabar mermando su rendimiento.

Las características de sus funciones laborales los hace sensibles a diversos peligros, los cuales abarcan desde problemas ergonómicos derivados de ciertas posturas prolongadas, hasta el posible riesgo de exposición a patógenos presentes en el centro de salud u hospital. En este capítulo, se analizará de manera detallada dichos riesgos laborales a los que se enfrentan los auxiliares en su entorno laboral, así como las diferentes medidas preventivas y las estrategias para preservar su salud, las cuales requieren formación e implicación por parte del trabajador para afianzar su seguridad junto con la salud en el lugar de trabajo de éste.

2 Objetivos

- Saber identificar los riesgos laborales específicos inherentes a la labor del auxiliar administrativos que están expuestos en un entorno de centro de salud u hospital.
- Establecer y ejecutar estrategias para prevenir y reducir los riesgos laborales identificados, desarrollando políticas y protocolos de seguridad que establezcan prácticas seguras.
- Fomentar una cultura de seguridad y conciencia entre los auxiliares administrativos mediante sesiones de formación y charlas informativas sobre los riesgos laborales específicos en el entorno de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La mayoría de riesgos laborales analizados guardan mucha relación con la ergonomía o postura del trabajo, debido que la jornada laboral se lleva a cabo en un habitáculo compuesto por material de oficina, como escritorios, mesas y sillas. Esto provoca que la mayoría de labores administrativas sean realizadas frente al

ordenador, por lo que la jornada se completa casi en su totalidad en una posición estática y sentada, con los consiguientes riesgos que ello conlleva. Entre los diferentes riesgos caben destacar:

Dolor y molestias derivadas en el aparato musculo-esquelético: El poco movimiento junto con permanecer varias horas en una postura estática pueden provocar dolores y molestias en diversas partes del cuerpo, como el cuello, los hombros, la espalda y articulaciones como las muñecas y las piernas.

Lesiones derivadas por un esfuerzo repetitivo: La realización de movimientos constantes y repetitivos, como los que están relacionados directamente con trabajo de oficina (uso de teclado o ratón de ordenador), puede aumentar el riesgo de desarrollar este tipo de lesiones, así como provocar en un futuro el posible desarrollo del síndrome del túnel carpiano.

Deterioro postural: Mantener durante horas una mala postura mientras se está sentado puede causar problemas en la columna vertebral, siendo los más comunes la escoliosis (columna en forma de “S” vista desde un plano frontal), lordosis o cifosis (a nivel cervical o lumbar), así como contribuir a una mala alineación de la espalda.

Fatiga visual: Riesgo laboral que afecta a los ojos debido a la exposición prolongada a las pantallas de ordenador, las cuales pueden provocar fatiga, sequedad ocular, visión borrosa y otros problemas visuales derivados de permanecer cierto número de horas delante de una pantalla.

Síndrome de la vista del ordenador: La exposición constante a la luz de color azul proyectada por las pantallas, puede interrumpir el ritmo circadiano y afectar el sueño, además de causar fatiga visual. Se produce una tensión ocular que provoca que los ojos se fatiguen y que aparezcan sensaciones de malestar, así como dolor.

Sedentarismo: Desarrollar una jornada laboral en la cual permanecemos sentados durante un largo periodo de tiempo puede contribuir al desarrollo de sedentarismo, lo cual a su vez está relacionado directamente con otros factores de riesgo como la obesidad (falta de actividad física), la diabetes mellitus tipo II y otras enfermedades cardiovasculares.

El estrés: La presión constante que percibe el auxiliar administrativo por la necesidad de terminar tareas en un determinado tiempo, así como cumplir con ciertos plazos, la exposición a pantallas mencionada anteriormente y el sedentarismo, pueden aumentar los niveles de estrés y ansiedad, aumentando el riesgo de sufrir las comorbilidades relacionadas con ambas patologías.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad laboral y el bienestar psicológico y físico de los auxiliares administrativos en centros de salud y hospitales son esenciales para lograr una atención médica eficiente y de calidad. La inclusión de medidas para minimizar riesgos laborales juega un papel determinante en la protección de estos profesionales mientras llevan a cabo sus tareas diarias.

Al mantener informado al auxiliar administrativo de ciertos riesgos como los que están relacionados con su salud corporal (tensiones ergonómicas), se crea un entorno de trabajo más seguro, propicio y saludable, lo que a su vez deriva repercutiendo de manera positiva al funcionamiento correcto del centro de salud u hospital.

Cabe resaltar la importancia de establecer una relación entre la seguridad del personal, así como la calidad de los servicios ofertados. Al fin y al cabo, deben existir colaboraciones entre la administración, el personal y los expertos en seguridad laboral, ya que así se logra un mismo punto de vista con un objetivo común, lo cual es esencial para identificar y abordar los riesgos específicos en los diferentes medios de trabajo.

La tecnología, la formación constante y la concienciación mediante charlas o posters sobre cómo llevar a cabo prácticas seguras, son herramientas muy valiosas para minimizar riesgos y, sobre todo, prevenir accidentes. Al invertir en medidas de seguridad, las instituciones médicas pueden crear un ambiente donde los auxiliares administrativos puedan desempeñar su papel de manera eficiente y saludable, contribuyendo así al bienestar general de los trabajadores y de la comunidad atendida. Esto derivaría en un ambiente laboral más seguro y saludable para los auxiliares administrativos, lo que garantizaría el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención médica en los centros de salud u hospitales.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003 del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Muñoz Poblete, C., Vanegas López, J., & Marchetti Pareto, N. (2012). Factores de riesgo ergonómico y su relación con dolor musculoesquelético de columna vertebral: Basado en la primera encuesta nacional de condiciones de empleo, equidad, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS) 2009-2010. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58(228), 194-204.

<https://doi.org/10.4321/S0465-546X2012000300004>.

3. Ocronos, R. ▷ El Auxiliar Administrativo y los riesgos del trabajo en el hospital. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-riesgos/>.

4. Riesgos laborales específicos en el desempeño de las funciones del auxiliar administrativo—Studocu. (s. f.). - <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-cadiz/contabilidad-de-costes/riesgos-laborales-especificos-en-el-desempeno-de-las-funciones-del-auxiliar-administrativo/10732095>.

5. Venegas Tresierra, C. E., Cochachin Campoblanco, J. E., Venegas Tresierra, C. E., & Cochachin Campoblanco, J. E. (2019). Nivel de conocimiento sobre riesgos ergonómicos en relación a síntomas de trastornos músculo esqueléticos en personal sanitario. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(2), 126-135.

Capítulo 591

EL PINCHE DE COCINA COMBATIENDO ROMPER LA CADENA DE FRÍO

CRISTINA CAMARENA CRIADO

ELENA MARTÍNEZ BENITO

MONICA GARCIA RUBIO

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

1 Introducción

En la cocina de un hospital, al igual que en todas, se debe mostrar muchísimo cuidado a la hora de romper la cadena de frío.

Pero, ¿qué quiere decir romper la cadena de frío de los alimentos?

Romper la cadena de frío de los alimentos, se refiere a mantener un alimento que precisa de bajas temperaturas y estar almacenado en cámaras o en neveras, fuera de las mismas durante más de un tiempo prudencial.

Mantener ciertos alimentos en frío asegura que no sufran alteraciones organolépticas, nutricionales e incluso de crecimiento bacteriano, que pueden provocar en quien lo consume una toxiinfección alimentaria, y por lo tanto, provocar una lesión estomacal, como mínimo.

Dependiendo del alimento, se debe conservar de una forma u otra, y a una temperatura determinada.

La OCU (Organización de Consumidores y Usuarios) aclama que no se rompa las cadenas de frío, ya que esto, puede producir la degradación del alimento y su contaminación por ciertos microorganismos perjudiciales para nuestra salud, como son la salmonella, campylobacter, el *Vibrio cholerae* entre otras.

Las dos formas de mantener un alimento dentro de su cadena de frío son:

- La refrigeración (alimentos a una temperatura inferior a la de ambiente, sin llegar a su congelación, es decir, nunca debe bajar a menos de 0°C).
- La congelación (en este caso, los alimentos si llegan a su congelación, a menos de 0°C).

Los pinches de cocina, están en contacto continuo con los alimentos, y sus sitios de almacenaje, donde cogen y manipulan los alimentos refrigerados y congelados, por lo que deben prestar una importante precaución con estos alimentos y el tiempo de exposición del alimento a la temperatura ambiente.

2 Objetivos

- Comprender la importancia de no romper la cadena de frío de los alimentos.
- Conocer la definición de cadena de frío.
- Lograr la inocuidad de los alimentos en todo el proceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: “Pubmed”, “Medline”, y “Scielo”, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como hemos mencionado anteriormente, existen maneras diferentes de conservar un alimento mediante el frío:

- Congelación a menos de 0°C: Hasta los -7°C, los microorganismos patógenos frenan su actividad, y por lo tanto, la posibilidad de infectar el alimento y producir una enfermedad a quien lo consume.

- Congelación hasta -10°C : Los alimentos no ven alterada su bienestar, y por lo tanto, se impide su deterioro.
- Congelación a -18°C : Se impiden las reacciones enzimáticas y en consecuencia, no se alteran las características organolépticas.
- Congelación a -70°C : Esto implica poder conservar este alimento para siempre, pudiendo consumirlo en cualquier momento.

Esta cadena de frío, debe ser adecuada a cada alimento, ya que cada alimento dispone de unas características diferentes, y así mismo, de unas exigencias de conservación por frío también distintas.

La cadena de frío, si es rota, ya sea por rotura de los regeneradores de frío, por un descuido de tiempo, etc. y el producto o alimento no va a ser cocinado, debe ser desechado directamente.

Las características del alimento suelen ser las siguientes, una vez que se ha roto la cadena de frío:

- El producto se encuentra descongelado parcialmente.
- El alimento no mantiene una forma uniforme, sino más bien dura y apelmazada.
- Si el alimento tiene escarcha, esto quiere decir, que ha sufrido una congelación y después, una descongelación, una vuelta a la congelación, y esa agua que se produce tras la congelación se presenta en forma de escarcha.
- Los envases se encuentran mojados.
- El color del interior del alimento es diferente al del exterior, normalmente, se caracteriza por ser más oscuro.
- A la hora de descongelar el alimento, observamos, que es inferior a una hora, por lo que nos sirve como voz de alarma.

También, podemos observar características más notorias como el cambio de aspecto y color, olor fuerte o incluso nauseabundo.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el apartado anterior, romper la cadena de frío supone la descomposición del alimento, y, por lo tanto, si no es eliminado de inmediato, puede suponer el crecimiento bacteriano y por consiguiente, la enfermedad de quien lo consume.

Pero esto va más allá, ya que todo lo que se ha mantenido en contacto con ese alimento puede contaminarse, y podría suponer la infección de ciertos utensilios o alimentos cercanos.

El pinche de cocina debe conocer todo lo relacionado con la cadena de frío y todo sobre su rotura, ya que está en juego la salud del paciente.

Capítulo 592

EL PINCHE DE COCINA. TRABAJANDO EN LA COCINA DE UN HOSPITAL GERIÁTRICO

CRISTINA CAMARENA CRIADO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

MONICA GARCIA RUBIO

ELENA MARTÍNEZ BENITO

1 Introducción

El descenso de natalidad y la esperanza de vida caracterizan actualmente a España, en un país demográficamente hablando “viejo”, por lo que existe un número mayor de personas comprendidas en la tercera edad.

En 2020, los habitantes mayores de 64 años, asciende a más de 9 millones, lo que es equivalente a aproximadamente al 20% de la población.

Por el desgaste corporal y mental, surgen patologías a todos los niveles que, en muchas ocasiones, impiden el desarrollo de la vida diaria, o suponen un peligro para su vida, por lo que precisan de un ingreso hospitalario para su diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Dentro de este tratamiento, también entra en juego la alimentación, la cual, debe abordar ciertas necesidades nutricionales.

Con el paso de los años, la masa ósea y muscular disminuyen, por lo que un aporte de proteínas debe ser el adecuado, así como ciertos minerales y vitaminas como la vitamina C y D.

La deshidratación suele ser una de las consecuencias principales de ingreso, debido a que la cantidad de agua que se ingieren son inferiores a los necesarios.

También, patologías como la hipertensión arterial (HTA) pueden paliarse mediante la alimentación y los alimentos bajos en sodio.

Para poder abordar una correcta alimentación en el paciente anciano, se deben seguir una serie de pautas, que, aclararemos en los siguientes apartados.

2 Objetivos

- Conocer las características de la dieta para pacientes geriátricos.
- Lograr un aporte de micro y macronutrientes en las dietas establecidas.
- Comprender la importancia del pinche de cocina en conocimiento de estas pautas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: “Pubmed”, “Medline”, y “Scielo”, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Por supuesto, la alimentación deberá ser precisa para cada patología, pero en muchas ocasiones, lo principal y lo que prima, es que el paciente geriátrico coma, por lo que dentro de las características de estas dietas, resaltaremos:

1. El menú se constituye por alimentos básicos como legumbres (garbanzos, judías y lentejas) hortalizas, frutas (melón, sandía, melocotón, etc.), tubérculos (patatas), lácteos (leche), productos animales (huevos, carne de pollo, de vaca, etc.)
2. No debe ser demasiado innovador, como por ejemplo, añadir alimentos muy diferentes a lo que están acostumbrados a comer, como por ejemplo, agregar aguacate o algas marinas. El menú debe adecuarse siempre a las costumbres del residente.

3. Se utilizarán condimentos y aderezos como el ajo, el perejil, cominos, etc. para que el plato resulte más apetitoso y organoléptico. Cabe destacar, que el uso de la sal yodada o de mesa, será suprimido al máximo.
 4. La presentación del plato y la limpieza de los platos donde se sirve la comida, deberá ser la adecuada, esto incitará a que sea más apetecible.
 5. La dieta deberá ser fraccionada entre 4 a 5 comidas, sobre todo en pacientes que tengan diabetes.
 6. Los tipos de corte deberán ser adecuados, ya que no deberán ser demasiado pequeños ni tampoco, demasiado grandes, de esta forma, se fomenta que sea más sencillo masticarlos y tragarlos.
 7. El tiempo de cocción, deberá ser el adecuado, intentando eliminar las grasas en exceso, pero también, deberán realizarse técnicas de cocinado que no hagan perder los nutrientes, ya que por ejemplo, las vitaminas, son extremadamente volátiles, y se pierden fácilmente, por este motivo es aconsejable utilizar el horno, antes que la cocción.
 8. Los alimentos que deben estar presentes son las verduras, frutas (2 – 3 diarias), lácteos, la carne deberá ser alternada entre pescado y carne, y también, deberá haber una ingesta de huevos, pero evitando el exceso, debido a su alto contenido en colesterol.
- La bollería y los dulces procesados, deberán consumirse en muy poca medida, siendo más populares los integrales con bajo contenido en azúcar.
9. Incorporar alimentos ricos en agua, aportando a que ingiera su requerimiento de líquidos, siempre y cuando, no esté contraindicado por el facultativo.
- Debemos recordar, que estas son unas pautas generales de las características que debe tener una dieta para un paciente adulto, pero no siempre es así, ya que, en varias ocasiones, la patología del paciente, requiere de ciertos alimentos más periódicos o ciertos alimentos deben restringirse en menor o mayor medida.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina, a pesar de que no es quien elabora las dietas de los pacientes y no se encarga directamente de su cocción, es quien apoya al cocinero en cada elaboración, siendo quien realiza el lavado de la materia prima, el cortado, y el emplatado, entre otras muchas cosas, por lo que debe tener muy en cuenta las características anteriormente mencionadas, ya que esto, garantiza un trabajo completo, y bien realizado.

De lo contrario, la comida para el paciente, no será atractiva, o se mostrará insípida, por lo que no comerá y no lograremos los objetivos establecidos, que son los

de nutrir correctamente, en base a sus necesidades, al paciente anciano.

Capítulo 593

EL PINCHE EN APOYO A LA ELABORACIÓN DE LA DIETA BAJA EN POTASIO

CRISTINA CAMARENA CRIADO

MONICA GARCIA RUBIO

ELENA MARTÍNEZ BENITO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

1 Introducción

El potasio (k) corresponde a un mineral, que entre otras muchas funciones como, por ejemplo: el crecimiento óseo, el balance de líquidos en nuestro organismo, regula la tensión arterial, etc. tiene la fundamental: Las contracciones musculares, en las cuales, también abarca la contracción del músculo llamado corazón (cardíaco).

Hay ciertos pacientes, que debido a una serie de patologías, pueden presentar un déficit (hipopotasemia) o un exceso (hiperpotasemia). Que, en ambos casos, es perjudicial.

Normalmente, quien padece un desajuste de este mineral, son las personas con problemas renales y/o sujetos a diálisis. Sobre todo, está relacionado con un aumento de potasio.

La ingesta recomendable, en un paciente sano, es de aproximadamente 3.500 mg de potasio (k), pero un paciente, que precisa bajar sus niveles, debe comprender casi a una reducción a la mitad del mineral (1.500 mg a 2.000 mg).

A pesar de que existen medicaciones que disminuyen la hiperpotasemia, la mejor forma, es a través de la dieta, eliminando aquellos alimentos con un alto contenido en potasio.

Muchos conocemos un alimento estrella que contiene un gran porcentaje en potasio, el plátano, pero hay que tener en cuenta, que no solo es el plátano, sino múltiples verduras, por lo que el menú diario de un paciente con hiperpotasemia se complica, ya que, muchos de estos alimentos, contienen fibra dietética, minerales y vitaminas, que, al eliminarlos de la dieta, no se aportan al enfermo.

Hay forma de incorporar estos alimentos en el menú de una dieta baja en potasio, y es, mediante las técnicas de cocinado y elaboración. Y es ahí, donde el pinche de cocina, desempeña un importante papel.

2 Objetivos

- Identificar los alimentos más ricos y bajos en potasio.
- Conocer las técnicas culinarias y de cocinado más comunes a la hora de incorporar ciertos alimentos.
- Comprender la importancia del pinche de cocina a la hora de la elaboración de dicho menú.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: “Pubmed”, “Medline”, y “Scielo”, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen ciertos alimentos muy socorridos a la hora de incorporar en una dieta sin potasio:

- VERDURAS: Pimientos, cebollas, pepinos, berenjenas, etc.
- LEGUMBRES: judías y garbanzos.

- FRUTAS: Frutos rojos como las fresas, manzana y naranja.

- CEREALES: Arroz blanco.

- ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL: Leche, quesos y yogures.

Pero, existen ciertos alimentos, que debemos eliminar de la dieta, por su alto contenido en potasio:

- VERDURAS: patata y brócoli.

- FRUTOS SECOS.

- FRUTAS: Plátano, kiwi e higos.

- CEREALES: Arroz blanco.

- ALIMENTOS CÁRNICOS: Las cantidades con mayor porcentaje de potasio son los mariscos y el pescado azul. Siendo más adecuadas y con menor porcentaje el pescado blanco y la carne de ave.

Es muy posible, que las restricciones de ciertos alimentos, depriman y dificulten la estancia del paciente en el hospital, por lo que mediante técnicas de cocinado, pueden incorporarse ciertos alimentos.

Las verduras altas en potasio, pueden ofrecerse, pero antes, los pinches de cocina deberán realizar el siguiente protocolo:

- Antes de trocear, deberán lavar las verduras correctamente, después, pelarán y los trozos, serán los más pequeños posibles. Una vez cortadas las verduras, deberán sumergirse en agua, dejándolas en remojo un tiempo prudencial (de 3 a 4 horas). Pero, el pinche de cocina, deberá estar atento, pues no es dejarlas en remojo y ya está, sino que deberán cambiar de agua al menos dos veces durante el tiempo indicado, escurriéndolas bien, y eliminando cualquier resto del agua anterior.

- En la cocción, como al hervir las verduras, deberá hacerse dos veces mínimo.

- La técnica de asar, es la más recomendada, ya que reduce a un porcentaje bastante aceptable el nivel de agua de los alimentos, y, por lo tanto, de potasio.

- Es imprescindible, no aprovechar el agua desechada en los remojos y cocción para caldos o salsas, porque todo el potasio y el sodio, se disuelve en ella, y resulta una concentración muy alta.

Hablamos de las verduras, pero en el caso de la carne y el resto de los alimentos, se debe seguir el mismo protocolo, con las cocciones y el cambio de agua cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos mencionado anteriormente, la dieta alta en potasio puede implicar complicaciones en riñones y el músculo cardíaco de paciente, otorgándole im-

portantes problemas de salud, por lo que es indispensable, ofrecer al paciente, dentro del entorno sanitario una dieta rica en nutrientes, pero baja en potasio y sodio.

A pesar de ser una dieta bastante problemática por la restricción alarmante de alimentos, existen ciertos métodos de cocción que pueden ayudar a eliminar el porcentaje de potasio en gran medida.

La hiperpotasemia es una patología bastante llamativa y común hoy en día, por lo que es muy sencillo, que un pinche de cocina se encuentre con esta elaboración, y es, importantísima su función a la hora de realizar cualquier corte, pelado y lavado de las verduras o del alimento rico en potasio.

Capítulo 594

LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LA PACIENTE EMBARAZADA O EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA

JUAN PRUAÑO

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

1 Introducción

El embarazo es una de la etapa más importante de la mujer además de satisfactoria y de la más bonita, esta fase se termina con el nacimiento de un nuevo ser. Este proceso durar 9 meses, este será el reflejo de una serie de cambios muy importantes que son tanto fisiológicos los cuales favorece el completo desarrollo del bebe y también tienen cambios psicológicos en la vida de la mujer.

La mujer gestante tiene que acabar el final de su trayectoria como embarazada en condiciones óptimas, es decir tiene contar con el apoyo absoluto del personal sanitario pero además debe de contar con el apoyo incondicional de sus familiares mas cercanos, ellos tienen que ofrecerle calma, fortaleza y conseguir que se sienta cómoda, ya que en estos momentos es lo más importante.

El final de esta excelente etapa de la vida, llega con el anhelado parto.

Esta fase la podemos especificar como la salida del bebe hacia el mundo exterior gracias al del cuerpo de la madre.

El parto supone uno de los momentos más anhelados y a la vez más complicados que la mujer logra experimentar, este hecho sucede hacia la semana más o menos 40 de gestación.

2 Objetivos

Con este breve capítulo queremos llegar al desarrollo de las labores que lleva a cabo el celador.

3 Metodología

Para la ejecución de este capítulo tan llamativo, hemos obtenido la información de las diferentes fuentes de información como por ejemplo: Hospital Universitario de Toledo, Medline, Hospital Universitario de Albacete, hospital Recoletas de cuenca.

Las palabras más utilizadas para este capítulo han sido: Mujer gestante, parto, celador y tareas.

4 Resultados

Las labores que efectúa el celador en el servicio de obstetricia son:

Desplazarán a las mujeres gestantes al área de partos cuando les indiquen el personal del servicio.

El transporte de las pacientes se efectuará siempre en su cama asignada, confirmando siempre que llevar con él la historia clínica de la mujer gestante.

Por los nervios que las mujeres gestantes llevan consigo mismas por la llegada del bebe al mundo, los celadores deberán utilizar el traslado hasta el servicio de los paritorios para tranquilizar y sosegar a la futura mamá.

Transportarán con riguroso cuidado la documentación tan variada, como las historias clínicas, las peticiones de pruebas diagnósticas...

Transportarán el instrumental y los aparatajes que puedan servirles o que vayan a ser utilizados en este servicio.

Serán los encargados de llevar las muestras que les sean encomendadas, pueden ser de orina, sangre... al laboratorio.

Efectuarán los controles de los horarios de las visitas a las mujeres gestantes y harán que los familiares cumplan las normas que haya en este servicio.

Trasmitirán a los supervisores los deterioros y las irregularidades que pueda padecer este servicio y procurarán solucionarlo lo más rápidamente posible.

Transportarán de la farmacia los objetos que tengan un mayor peso, como por ejemplo: las distintas cajas de los sueros fisiológicos estas serán entregadas al personal sanitario o auxiliar de maternidad.

Efectuarán las tareas en las que sean requeridos por el personal sanitario, siempre y cuando estas queden dentro de sus extensas competencias.

Cuando una mujer gestante llega a las urgencias de maternidad, es el celador quien recibe por primera vez a la mujer gestante y es por lo tanto, la primera persona que tiene el primer contacto con la futura mamá.

Podemos decir que en estos momentos lo más importantes es que el contacto con la mujer gestante sea afable, educado y cariñoso, ya que las futuras mamás, pueden presentar síntomas de ansiedad, angustia y nerviosismo.

Cuando la mujer embarazada se encuentre ya registrada en el área de admisión, el celador será el encargado de prestarle una silla de ruedas y movilizarla hasta el área ginecológica para que ya sea explorada por el personal sanitario.

Una vez terminada la exploración de la mujer gestante, la valorarán el personal sanitario y ellos decidirán y si es necesario la dejarán ingresada, además será el celador el responsable de trasladar a la mujer gestante a la planta correspondiente en la silla de ruedas o en una camilla, siempre dependiendo de la situación en la que se encuentre.

Si el ingreso no se efectuase pero si se le debe de hacer alguna prueba en específico, el celador efectuará el traslado hasta el servicio que corresponda o que le indiquen el personal sanitario.

En función de la cantidad de urgencias que haya en ese momento, el celador podrá transportar a la mujer embarazada directamente al área de ginecología sin pasar por el área de admisión, eso sí, mas tarde este debe comunicárselo al personal sanitario.

El paritorio o servicio de obstetricia es el área donde se le ofrece ayuda a la mujer en el momento de dar a luz, además de ser el lugar donde llegan las mujeres gestantes cuando ya se encuentran en las últimas semanas de su embarazo, aquí se le realiza la prueba de monitorización, para escuchar las constantes vitales a sus bebés.

Entre las diferentes labores de los celadores en el servicio de paritorios, las más importantes son introducir y retirar a las mujeres parturientas de la zona de partos una vez haya nacido su bebé.

Si la situación de la parturienta lo necesita, el traslado al paritorio, lo efectuará acompañada del personal de enfermería.

Una vez concluido el proceso de parto, el celador será precisado para efectuar el traslado de la madre desde la mesa de partos a la cama, más tarde se realizará el traslado efectuará al box, donde esperará el tiempo que el personal sanitario crea necesario.

Cuando el momento en el que la madre e hijo puedan regresar a su habitación de maternidad designada, el celador será buscado e informado para efectuar el traslado.

El celador será el encargado de transportar hasta la habitación en la misma cama a la madre y al hijo.

5 Discusión-Conclusión

Momentos antes de que dé comienzo el parto, la mujer puede sufrir una importante ansiedad a esta hay que añadirle además el dolor tan intenso y además interno que le causan las contracciones o el simple hecho de encontrarse de parto. Por lo cual es muy importante que la mujer embarazada sienta el apoyo moral que el celador le pueda dar, mientras le efectúan el traslado al área de partos.

El celador debe de ayudar a que la ansiedad que siente la mujer disminuya, además también intentará trasladarle tranquilidad y calma, esto ayudará a que el proceso de parto sea mas ameno.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

CuidatePlus. (2017, marzo 6). CuidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/>

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (s/f). Gob.es. Recuperado el 30 de agosto de 2023, de <https://ingesa.sanidad.gob.es/>

Capítulo 595

LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL

JUAN PRUAÑO

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

1 Introducción

La OMS junto con la Sociedad Española de cuidados paliativos, definen al paciente terminal como aquel paciente que tiene una enfermedad incurable y que actualmente sigue progresando y con una gran velocidad y es por esa razón que tienden a tener un pronóstico vital limitado y además reservado.

Estos pacientes en fases terminales, son enfermos que no han tenido ningún resultado o alguna mejoría con los distintos medicamentos que sus propios médicos especialistas les han ido administrando.

Por estos motivos se espera a la muerte en un tiempo mínimo de 3 a 6 meses.

El trato que se debe de tener con estos enfermos que tiene una enfermedad terminal es de ya no mirar el curarlos, sino conseguir darles los cuidados necesarios que en estos momentos tan difíciles necesitan como darles una ayuda psicológica y conseguir quitarles los dolores.

A este tipo de pacientes hay que cuidarlos no solo físicamente, sino psicológicamente también, ya que están en una de las etapas más duras, pero no solo para el enfermo que está sufriendo, sino también para los acompañantes y familiares que se encuentran con él, ya que los familiares son espectadores externos de lo que le está sucediendo al paciente.

Por estas razones el personal sanitario que está compuesto por un gran equipo multidisciplinar que son los médicos, los enfermeros, los auxiliares de enfermería y también al personal no sanitario como lo son los celadores, que tienen que guardar consideración, humanidad y aprensión por estos pacientes, por su situación y por sus familiares, ya que están pasando por unos momentos difíciles y complicados y es por esta razón por la que hay que sentir humanidad hacia ellos.

El celador con los enfermos terminales debe de tener una buena formación para saber cómo actuar ante el paciente y sus familiares.

2 Objetivos

Explicar cuáles son las actitudes y las labores que deben de cumplir los celadores ante estas situaciones.

3 Metodología

Para conseguir las explicaciones en este capítulo, hemos extraído la información de varias fuentes de investigación: Elsevier, Auxiliar-enfermería.

Además de haber podido contrastar la información con los siguientes centros hospitalarios: Hospital del valle de Toledo, hospital de paraplégicos de Toledo.

Las palabras claves son: enfermo, celador, tareas.

4 Resultados

En este apartado vamos a explicar cuáles son las funciones del celador ante el paciente terminal:

Proporcionarán una observación continuada y personalizada, desarrollando así la dignidad del enfermo.

Realizarán a los pacientes una higiene diaria y constante además de mantener limpia la unidad del enfermo.

El habitáculo del enfermo es todo aquello que le corresponde al paciente, por ejemplo: Su mobiliario y todo aquel instrumental que el enfermo utilice o que necesite.

Vigilarán comportamiento de los familiares ante algunas situaciones que se puedan dar así como cuidarán de los comentarios que puedan decir.

Los celadores tienen que mostrar empatía, para conseguir comprender tanto a los familiares como a los enfermos que se encuentran en estas situaciones tan críticas.

Deberán estar atentos ante las necesidades psicológicas del enfermo e intentar comprenderlo.

Los enfermos terminales pasan por 5 fases antes de la aprobación de la muerte, pero no todos los enfermos logran pasar por las 5 fases aunque casi todos pasan por al menos 2 de ellas.

La primera etapa a la que se enfrenta el paciente es la negación, es un enfrentamiento que tiene el enfermo, ya que este no acepta la enfermedad.

La segunda fase con la que se encuentra el paciente es la de la ira, el paciente en esta etapa siente pena, disconformidad, además de coraje.

La tercera etapa con la que se topa el paciente es la de negociación, en esta fase el enfermo empieza a digerir el triste desenlace pero intentará posponer y prolongar el enlace final.

Y la cuarta y quinta fase son las más duras, ya que se trata de la aceptación del paciente ya ha aceptado el trágico destino que le espera, la muerte.

Cada persona es un mundo diferente y por lo tanto, cada persona pasa por un duelo distinto.

En estos casos el celador de este servicio tiene que tratar a cada enfermo de una manera distinta, pero siempre teniendo en cuenta las creencias de cada uno.

El celador respetará el espacio que los acompañantes y familiares de los pacientes le puedan llegar a pedir

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión sobre los distintos comportamientos y sobre las diferentes funciones que el celador debe de tener.

El celador es una parte esencial dentro del grupo de sanitarios que se localizan cuidando al paciente en el estado terminal de sus últimos alientos de vida.

El celador junto con el equipo de sanitarios buscarán la comodidad del enfermo en la fase terminal ante todo lo demás, por eso deben de tener unos objetivos claros ante este tipo de pacientes.

Para poder ofrecerle unos cuidados más específicos a cada uno de los enfermos, el celador tiene que saber en qué etapa se encuentra el enfermo, y así poder lograr que el celador se ponga en el lugar del paciente y poder tener empatía por él. Los celadores tienen que recibir una formación específica sobre cuidados paliativos, de esta manera se logra conseguir que los pacientes se encuentren como en su casa.

Con esta formación cooperamos a que los celadores puedan realizar un correcto trabajo y consigamos además que puedan ofrecer ayuda al personal sanitario, a los enfermos terminales y a sus familiares.

6 Bibliografía

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (s/f). Gob.es. Recuperado el 30 de agosto de 2023, de <https://ingesa.sanidad.gob.es/>

Euroinnova Business School. (2022, diciembre 19). Euroinnova realiza una donación de material informático a la Universidad de Granada. Euroinnova Business School. <https://www.euroinnova.edu.es/>

Comprehensive cancer information. (1980, enero 1). National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/>

Capítulo 596

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

JUAN PRUAÑO

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

1 Introducción

El servicio de anatomía patológica nace en el año exactamente 1969 de la mano del médico forense Xavier Bichat, quien de manera repentina murió a los 32 años, el motivo de su muerte no se estudió debido a que todavía el servicio de anatomía patológica no se había desarrollado bien, se cree que murió de una infección que cogió de manera repentina realizando una de primeras autopsias que se empezaban a realizar.

El área de anatomía patológica lleva el mismo tiempo activa que la medicina, ya que en anatomía patológica lo que se realiza es estudio directo sobre el órgano enfermo.

El servicio de anatomía patológica también estudió que hay enfermedades que no ofrecen síntomas, es decir que llega la enfermedad y puede morir una persona de la noche a la mañana.

Por estas razones se complicaban muchas veces la realización de autopsias y también se complicaba los resultados de la autopsia.

Si volvemos al siglo 21 el pilar de diagnóstico a la hora de realizar autopsias son los productos de hematoxilina y histoquímica, pero lo que ha avanzado gracias a la tecnología de hoy en día es la marcación tumoral, ya que esto ofrece un campo de estudios muy amplio para descubrir y conocer mas algunas de las enfermedades que hoy en día desconocemos.

2 Objetivos

El objetivo que queremos conseguir con este capítulo es acercarnos un poco más a los conocimientos sobre las diferentes tareas que realizan los celadores en este servicio en su día a día.

3 Metodología

Para conseguir este breve capítulo de una manera completa, hemos logrado obtener la información de las siguientes páginas webs: Scielo, Medline, Boe.

Además de lograr comparar la información con el Hospital Universitario de Toledo.

Las palabras mas utilizadas en este capítulo han sido: Celador, Funciones, Servicio.

4 Resultados

En este capítulo queremos mostrar la gran importancia que tiene el celador en esta zona de trabajo, comenzando por la labor de transportar el cadáver y continuando por el transporte de este hasta la sala de las autopsias o mortuorios.

Cabe sobresaltar que el cadáver va a ser movido constantemente por el celador del área de anatomía patológica hacia las diferentes salas de autopsias.

Una vez en la sala de autopsias tendremos dos alternativas, la primera es que al llegar a la sala de autopsias no se le vaya a realizar la autopsia en ese preciso momento, sino que se la realizarán más tarde, en ese caso el celador deberá dejar el cadáver en una de las cámaras frigoríficas hasta que se le dé un nuevo aviso.

La segunda alternativa que tienen, es que la autopsia se vaya a realizar en ese preciso momento, entonces el celador tiene la responsabilidad de acomodar el cadáver sobre la mesa donde se le vaya a efectuar la autopsia, por la parte del

celador del servicio de anatomía patológica las principales y elementales labores serán de auxiliar al medico anatomopatólogo o médico forense.

Las funciones de los celadores se dividen en 3 partes diferentes pero a la vez muy importantes.

La primera parte son las funciones antes de la autopsia.

El celador deberá quitar el cadáver de la cámara frigorífica, luego se ejecutará el traslado del cadáver, siempre deben ir debidamente identificados con su nombre y apellidos, en un lugar que sea totalmente visible y además se encuentre en el cuerpo del fallecido. el celador del área de anatomía patológica tiene como una de las principales labores la de estructurar el cadáver en la mesa de autopsias. este será el encargado de desmortajarlo y posicionarlo en la correcta postura, una vez se encuentre encima de la mesa de autopsias.

La segunda fase importante son las labores que se van realizan durante la autopsia.

El celador de este área, tendrá una de las labores más importantes, prestará su ayudar a los profesionales titulados a la efectuación de todas aquellas prácticas que no implica en ningún momento la utilidad del instrumental sobre el cadáver. Atenderá a la realización de los movimientos que le sean manifestados por el médico forense, en aquellas prácticas con los distintos instrumentos que no estén definidos para una persona fallecida, son indispensables para la realización de la autopsia.

Los órganos del cadáver son pesados por el celador del área de anatomía patológica, el celador será el único responsable de registrar el peso y además de introducirlos en los diferentes cubos herméticos que le señale el médico forense. Al celador de esta área se le confiará el completar al cadáver con papel, una vez que se le haya practicado la autopsia y se le haya vaciado los órganos.

La tercera parte más importante de la autopsia.

El celador de este área se cuidará de asear y restaurar el cadáver para que este quede bien y además también para que pueda llevar a cabo el amortajamiento, siempre y cuando se le haya realizado la autopsia deberá limpiar la sala, la mesa y el instrumental utilizado en la autopsia.

Trasladarán las diferentes muestras que se hayan reunido en la autopsia y las transportarán al servicio de anatomía patológica.

Tendrán la obligación de distribuir los diferentes resultados de las biopsias y las demás pruebas que se le hayan efectuado al cadáver por las distintas áreas del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Una vez terminada esta pequeña publicación sobre las diferentes labores que debe de realizar el celador del servicio de anatomía patológica, podemos contemplar y acentuar que las labores que los efectúan los celadores son prácticamente o parecidas a las diferentes las labores de auxiliar de enfermería, ya que debe obedecer constantemente y en todo momento las instrucciones que le pueda dar el médico forense o sus diferentes superiores.

El celador tiene que cumplir a la perfección la norma de no utilizar ninguno de los diferentes instrumentos sobre el cuerpo sin vida del enfermo.

Y para concluir esta publicación cabe destacar que en esta área hay que tratar el cuerpo sin vida de enfermo con mucho respeto, educación y con la necesidad que en ese momento se necesita.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Ciudadanos. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <https://www.saludcastillayleon.es/>

CuidatePlus. (2017, marzo 6). CuidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/>

Capítulo 597

FUNCIONES A REALIZAR POR EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos o UCI es un servicio específico el cual se dedica a la vigilancia, control y asistencia sanitaria integral de los pacientes que se encuentran en un estado de salud crítico. Este servicio también proporciona medicina intensivista, además de una atención especializada 24 horas al día. Se proporciona una vigilancia continua a los pacientes y sobre todo de sus funciones vitales si su vida corriera riesgo.

Dentro de la unidad de cuidados intensivos podemos encontrar varios boxes de especialidades.

Los celadores son los encargados de llevar y traer a los pacientes a las distintas pruebas que les hayan pautado y ayudar al personal de enfermería y a los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, en la movilización del paciente a la hora

de realizar cualquier cambio de postura y durante el procedimiento de la higiene diaria de los mismos.

La unidad de cuidados intensivos o UCI está dotada de medios tanto materiales como humanos suficientes para cubrir todas las necesidades de los pacientes graves o de riesgo.

Los enfermos que necesitan cuidados intensivos son, entre otros, los que sufren: Un estado de shock.

Cardiopatías y/o infarto de miocardio.

Estados comatosos.

Insuficiencias respiratorias graves y/o agudas.

Postoperatorios de delicadas intervenciones quirúrgicas.

Cuadros neurológicos severos que puedan haber afectado a la conciencia.

Accidentados con politraumatismos.

El traslado de los pacientes en situación crítica se hará en el menor tiempo posible, asegurándose que no haya riesgos y tomando las medidas de efectividad y fiabilidad posibles siguiendo el protocolo de la unidad.

La unidad de cuidados intensivos dispone de un programa que garantiza la vigilancia y prevención nosocomial identificando los pacientes que pueden tener riesgo de contraer infecciones.

Esta unidad llamada UCI está compuesta por un equipo multidisciplinar, en el cual hay tanto personal sanitario como no sanitario, todos ellos debidamente cualificados para la correcta ejecución de cualquier imprevisto.

2 Objetivos

Exponer todas las funciones a desarrollar por el celador en la unidad de cuidados intensivos.

Explicar en que consiste el servicio de cuidados intensivos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de literatura científica. Se han consultado artículos en base de datos tales como: Pubmed, Scielo y Scopus.

Palabras claves utilizadas: celadores, cuidados intensivos, funciones y pacientes.

4 Resultados

Las principales funciones de los celadores en la UCI son, entre otras:

Llevar y recoger el material que necesite ser esterilizado.

Colaborar con las medidas de higiene del paciente junto al personal de enfermería y los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería.

Traslado de pacientes a otros servicios intrahospitalarios, en los que siempre deberá estar acompañado del personal de enfermería y portando consigo toda la documentación clínica necesaria del paciente.

Colaborar en la movilización del paciente.

Ayudar a la colocación del paciente para hacerles pruebas radiológicas.

Proporcionar cuidados asistenciales dentro de sus funciones con la mejor calidad posible.

Vigilar la entrada y la salida de los familiares en las horas adecuadas de visita y proporcionándoles batas y calzas para mantener la debida asepsia de la unidad, avisándoles cuando finaliza el horario de visita.

Traslado de todo tipo de muestras cuando sea preciso.

Deberán tener conocimiento del protocolo de defunción del hospital por si se produce un exitus, en el que también deberán colaborar junto con el personal en el amortajamiento, tras lo que lo trasladará al mortuorio.

Cumplirá con todas las órdenes, siempre que estén dentro de sus funciones, que le precise su superior inmediato.

La unidad de cuidados intensivos o UCI está compuesta por un amplio grupo de personal tanto sanitario y no sanitario, adecuadamente formados y cualificados para cualquier actuación necesaria ante cualquier imprevisto o urgencia que se pudiera producir.

Todo el personal de esta unidad debe tener el adecuado conocimiento de las pautas de higiene personal y vestimenta necesaria, debiendo utilizar ropa adecuada como batas, mascarillas, guantes, gorros, calzas..., debiendo retirarse y desecharse cada vez que se salga de la UCI y/o cuando sea preciso.

Los celadores no deberán realizar ningún comentario sobre diagnósticos, exploraciones, pruebas, etc., con los familiares o visitantes de los pacientes y mucho menos informar sobre los pronósticos, debiendo siempre derivar esas preguntas o dudas al facultativo de la asistencia del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

El ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos o UCI suele generar estados de miedo, incertidumbre y ansiedad, por lo que todo el personal deberá mostrar empatía y amabilidad. El personal que presta sus funciones en la UCI deberá poseer una amplia experiencia y la adecuada formación sobre las diferentes técnicas de movilización de pacientes, ya que estos se encuentran en un estado bajo de salud y están muy débiles.

Debido a la posible incapacidad parcial o total de las facultades físicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, dicha experiencia y cualificación profesional coordinada y organizada es importante y necesaria para que la unidad funcione correctamente.

Los pacientes de la unidad de cuidados intensivos deben tener la seguridad de que su estado de salud no empeorará por la falta de medidas de prevención y precaución por parte de los profesionales que van a asistirles.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus - health information from the National Library of Medicine [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.medlineplus.gov>.
2. Ocronos R. El celador en la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-unidad-de-cuidados-intensivos/>.
3. Martín R. Funciones del CELADOR en URGENCIAS, UCI y UVI [Internet]. Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia. FisioStar; 2017 [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-urgencias-uci-uvi>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 598

FUNCIONES Y TAREAS A REALIZAR POR EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

1 Introducción

El procedimiento de hemodiálisis es un tratamiento que sustituye a la función renal en aquellos pacientes que debido a diferentes motivos son diagnosticados con insuficiencia renal crónica. La función de los riñones consiste en la eliminación de toxinas acumuladas en la sangre, las sustancias de desecho que se producen en el organismo y el exceso de líquidos. La mayoría de los pacientes afectados por esta afección renal crónica, necesitan de ayuda para trasladarse a las unidades de diálisis en las que recibirán dicho tratamiento en su centro sanitario. Debido a eso el trato personal que los celadores brindan a estos pacientes es muy importante. Para llevar a cabo estos tratamientos existen unidades y estancias especializadas en los hospitales, con material, herramientas y maquinaria necesaria, además de

contar con profesionales de diferentes categorías, conformando un equipo multidisciplinario coordinado, en el que se encuentra el celador. La enfermedad renal crónica requiere de una atención sanitaria prolongada con multitud de cuidados y una atención sanitaria integral, estos pacientes necesitan tratamiento de diálisis muy seguidos, incluso de hasta cuatro horas diarias. Es por ello, que la finalidad de la asistencia sanitaria debe ser lo más adecuada y eficaz posible. Dichas atenciones deben ser efectivas y accesibles para todos los pacientes, debiendo tener en cuenta que el concepto de calidad siempre deberá ir unido al de expectativa del paciente.

2 Objetivos

Exponer en qué consiste el proceso de hemodiálisis y cuáles son las funciones que deberá desarrollar el celador en dicha unidad, en la que colaborará en todo lo posible junto al resto de personal sanitario con la finalidad del buen funcionamiento de la unidad de diálisis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Durante el tratamiento de hemodiálisis, la sangre es bombeada a través de un filtro denominado dializador. Este filtro permite que las toxinas y el exceso de líquido salgan de la sangre sustituyendo así la función principal de los riñones. La máquina de diálisis bombea la sangre mediante el filtro y la devuelve limpia de toxinas al organismo.

Durante el proceso la máquina de diálisis controla la presión arterial y la velocidad con la que fluye la sangre a través del filtro. Para la realización del tratamiento de hemodiálisis se necesita un buen acceso vascular que pueda permitir la circulación de la sangre del paciente hasta la máquina de hemodiálisis y viceversa.

En la hemodiálisis los accesos vasculares que se necesitan son :

Fístula arteriovenosa, pudiendo ser nativa o protésica

Catéter o vía venosa central:

El tratamiento de hemodiálisis se puede realizar de manera domiciliaria o ambulatoria, siendo lo más habitual y recomendado la hospitalaria.

El personal que trata a los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital lo componen los médicos, personal de enfermería, los tcas y celadores. Normalmente el paciente se dará entre tres y cuatro sesiones a la semana en días alternos y cada sesión suele durar de 3 a 4 horas.

Si el paciente no puede ir por sus propios medios a diálisis, el servicio de ambulancias se encargará de recoger al paciente en su domicilio y después de la finalización del tratamiento llevarlo de regreso.

A los pacientes se les realizarán sus sesiones en sillones o en camas que se pueden adaptar en diferentes posiciones.

Las personas tratadas con hemodiálisis suelen padecer efectos adversos sobre todo respecto al sueño, no pudiendo dormir bien ya sea por apneas del sueño o por dolor en las piernas, además suelen tener anemia.

En la unidad de hemodiálisis se dispone de un celador por turno y sus funciones son la recepción, traslado y acompañamiento del paciente a la unidad correspondiente. Pesará al paciente al principio y al final del tratamiento de diálisis, sujetando al paciente si fuera necesario, movilizándolo a los que lo necesiten, vestirlos y desvestirlos con ayuda del personal de enfermería y movilizar el mobiliario y aparatos dentro de la unidad cuando así sea preciso.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que sufren enfermedad renal en etapa terminal que se someten a diálisis, tienen una calidad de vida que se ve afectada por diferentes factores, debido a que padecen limitaciones impuestas por el dolor y por la recomendación de una baja ingesta de líquidos son las preocupaciones más importantes para los pacientes que se han de dializar. El dolor causado por la diálisis es un factor significativo afectando de gran manera a su calidad de vida. Muchos de los pacientes que acuden a sus tratamientos de hemodiálisis, son personas de avanzada edad con problemas de movilidad y cognitivos, por ello la presencia del celador en esta unidad es de gran importancia para ayudar en la medida de lo posible a los pacientes que así lo precisen. Los pacientes suelen valorar mucho al celador, no solo por la ayuda a la hora de movilizarlos o trasladarlos, sino también por el buen trato que les ofrecen.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El celador en la Unidad de Diálisis [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-dialisis/>.
2. Investigación RS. Funciones del celador en una planta de hospitalización [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion/>.
3. Areasaludbadajoz.com. [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_hospitalaria/Acogida_al_nuevo_trabajador_de_la_Unidad_de_Di%C3%A1lisis_y_Transplante_Renal_del_Hospital_Infanta_Cristina__V4.pdf.

Capítulo 599

FUNCIONES Y TRABAJO DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS. CONCEPTOS BÁSICOS Y TÉCNICAS DE AUTOPSIAS

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

1 Introducción

La sala de autopsias es el lugar donde se realiza el estudio del cuerpo del fallecido , tanto por dentro como por fuera y también para recoger la toma de muestras de órganos y fluidos. El informe de la autopsia lo remitirá el Servicio de Anatomía Patológica al médico de cabecera o al jefe del servicio que corresponda y servirá para realizar el certificado médico del fenecimiento que deberá reunir una serie de requisitos legales establecidos a tal efecto.

Las etapas de una autopsia son:

- Levantamiento del fallecido
- Realización del examen externo

- Realización del examen interno
- Proceder a realizar pruebas complementarias

Los tipos de autopsias son:

- La autopsia fetal
- La autopsia clínica
- La autopsia psicológica
- La autopsia judicial

El celador en la sala de autopsias se encargará de limpiar, asear y vestir el cadáver para después una vez realizada la autopsia , proceder a efectuar el amortajamiento. También se encargará de limpiar toda la zona utilizada, es decir, la mesa, la sala y todo el material que se hubiera utilizado para realizar dicha autopsia.

También vigilará en todo momento que no entren personas ajenas al servicio. Meterá los restos humanos en recipientes herméticos para después transportarlos y tratarlos por una empresa con profesionales cualificados y especializados en la recogida de restos humanos. Transportará las muestras orgánicas a los servicios que correspondan y llevará todo tipo de documentación, objetos y comunicaciones verbales a quien corresponda. Además de estas funciones, el celador deberá obedecer en todo momento las órdenes que el personal médico le indique . Y también deberá tratar al cadáver con seriedad y respeto.

2 Objetivos

- Explicar y definir las funciones a realizar por el celador en la sala de autopsias.
- Definir y analizar que es una autopsia
- Indicar cuáles son las etapas que existen en una autopsia

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos definir la muerte como el cese total de todas las funciones vitales del organismo humano, en definitiva el cese o término de la vida.

El encargado de certificar la muerte de un paciente en el hospital es el médico, para ello se deberán comprobar los siguientes signos en la persona fallecida (ausencia del pulso arterial, no tener respiración en un tiempo largo, ojos fijos y entreabiertos y boca relajada y abierta). Ante un fallecimiento hay que intentar comprender y compartir los sentimientos con la familia y seres queridos del difunto. Actuar con delicadeza, con humanidad y acompañándolos de alguna manera ante una situación tan dolorosa. Dar tiempo para que la familia se mentalice de la noticia, se tranquilice y desahogue antes de pedirles con sensibilidad que abandonen la habitación. Forma parte del buen trabajo y saber estar del celador en estas situaciones.

Después de haberse certificado el fallecimiento del paciente, se hará el amortajamiento del cadáver, teniendo en cuenta el rigor mortis (endurecimiento del cuerpo que se produce entre las dos y cuatro horas de la muerte de la persona). El amortajamiento lo hará el personal de enfermería, pero colaborará también con ellos el celador, que después una vez preparado el fallecido lo trasladará al mortuario. Lo hará de manera discreta y tendrá que conocer las instrucciones y pautas a seguir sobre el destino del mismo, ya que el cadáver puede ser trasladado a un quirófano para donar órganos, velatorio en el hospital, sala de necropsias, etc.

La sala de autopsias debe cumplir con unas precisas normas de higiene evitando también con ellas la contaminación, contagios o infecciones.

El celador de la sala de autopsias debe saber de las enfermedades infecciosas que pudiera haber tenido el paciente antes de fallecer, y así protegerse con antelación, evitando riesgos innecesarios.

Las medidas de seguridad deben hacerse desde el levantamiento del cadáver o cuando se tengan que recoger muestras o tejidos. El celador debe tener especial atención en maniobras que puedan generar riesgos mayores, como la evisceración, la manipulación y el lavado de órganos. No se debe utilizar agua a presión en la sala de autopsias, evitando así salpicaduras y contacto con la piel u ojos.

5 Discusión-Conclusión

Concluiremos con que la función del celador en la sala de autopsias es participar con el personal sanitario y médicos en todas las instrucciones que le manden. Colaborando en el amortajamiento, traslado del cadáver y realizando las tareas que tenga determinadas en el mortuorio, en la sala de autopsias o en la entrega a la empresa mortuoria.

El celador tendrá que tener en cuenta las normas de seguridad, utilizando los equipos de protección individual , limpiando y desinfectando la camilla e instrumental que se haya utilizado con él cadáver. También tendrá que tener en cuenta de no utilizar ningún instrumental sobre el cadáver. Además de tratarlo con respeto , seriedad y sensibilidad.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la sala de autopsias [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com; 2023 [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funciones-del-celador-en-la-sala-de-autopsias/>.
2. Genesis. Aproximación a la labor del celador en una sala de autopsias. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2023 [citado el 5 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://revistamedica.com/labor-celador-sala-autopsias/>.
3. Tema. Categoría: Celadores [Internet]. Gob.es. [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/rrhh/OPE2016/docs/TEMARIO_CELADORES.pdf.
4. Funciones del celador en la sala de autopsias [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2022 [citado el 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/funciones-celador-sala-autopsias/>.

Capítulo 600

EL CALEFACTOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU ACCIÓN EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

1 Introducción

Los equipos y sistemas deben invertirse financieramente y exponerse a riesgos para garantizar su confiabilidad, disponibilidad y mantenimiento.

El mantenimiento se describe como "un conjunto de acciones destinadas a restaurar o mantener componentes, maquinaria o sistemas en una condición que les permita realizar sus funciones". Debido a esto, el personal de mantenimiento como es el calefactor, junto con su vocabulario estándar, incluye palabras como "mantenibilidad" y "confiabilidad", que se refieren a qué tan bien y con seguridad los componentes y equipos realizan sus funciones al tiempo que protegen el medio ambiente y lo hacen al menor costo posible.

El monto de esta inversión variará dependiendo de las características de la empresa u organización. Dado que mantener la salud de la población es el objetivo principal de la institución en cuestión, un centro de salud, la inversión de capital es aún mayor. El análisis del personal de mantenimiento es necesario para comprender cómo, a través de su trabajo, pueden afectar la confiabilidad y accesibilidad de los equipos biosanitarios.

De esta forma, el cumplimiento de los plazos acordados depende más de la calidad de los mismos que de la cantidad de herramientas y materiales. Dicho de otro modo, la institución o empresa gastará dinero para elevar sus coeficientes de seguridad.

2 Objetivos

- Mostrar cómo se aplican los criterios de mantenibilidad, de disponibilidad y confiabilidad en instituciones sanitarias por parte del calefactor como profesional de mantenimiento.

3 Metodología

En la revisión bibliográfica se utilizaron diversas bases de datos de estudios observacionales descriptivos transversales. Utilizando una lista de descriptores como palabras clave, fue posible encontrar los artículos necesarios con respaldo científico. En este capítulo se usó Scielo como base de datos.

4 Resultados

Es crucial considerar cada uno de los conceptos antes mencionados de forma aislada.

La primera definición de "mantenibilidad" es la expectativa de que un sistema pueda repararse o mantenerse dentro de un período de tiempo predeterminado. Se puede definir en términos de "probabilidad", en cuyo caso la mantenibilidad estaría relacionada con la probabilidad de que un equipo que ha mostrado un error o falla se repare en un cierto período de tiempo. Como resultado, la hora de inicio, la duración y los tiempos de reparación de cada día establecen un límite a este criterio. El tiempo dedicado a diagnosticar o localizar el problema, así como el tiempo dedicado a desmontar, ajustar y probar, tienen un efecto. La capacidad, experiencia y capacidad de diagnóstico y respuesta del equipo de mantenimiento

tendrán un impacto directo en cada uno de ellos. Se reconoce como una variable agregada relacionada.

Por otro lado, cuando se pueden reducir los tiempos y mejorar la mantenibilidad, la confiabilidad y la disponibilidad aumentan., por ello los equipos y sistemas deben invertirse financieramente y exponerse a riesgos para garantizar su confiabilidad, disponibilidad y mantenimiento.

Como resultado de su relación recíproca, si uno se desempeña mejor, los otros dos también lo hacen mejor, el cumplimiento de los plazos acordados depende más de la calidad de los mismos que de la cantidad de herramientas y materiales. Las mejoras en mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad también se han relacionado con la habilidad profesional, la planificación anticipada del mantenimiento y la facilidad con la que el equipo de trabajo puede realizar el mantenimiento. Estos empleados también deben estar familiarizados con las diversas herramientas y sistemas que utilizan en el trabajo.

Comprender estos criterios mejorará la capacidad de llevar a cabo con éxito las tareas de planificación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada para este trabajo, se constata que en los sistemas de salud, la confiabilidad es crucial. Para obtenerlo es necesario invertir en capital, teniendo en cuenta que los ahorros a corto plazo pueden generar costos a largo plazo. Según la evidencia científica, para prevenir amenazas a la salud pública se requieren inversiones de capital en medidas preventivas.

Posteriormente, es fundamental ocuparse del mantenimiento por parte de personal con experiencia y capacidad de toma de decisiones. La amplitud de estos expertos y equipos, así como su capacidad de planificación y organización, es esencial.

Como conclusión, debemos recordar que los profesionales formados, al igual que los calefactores, son fundamentales para la optimización de los recursos.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org.
2. www.pubmed.es.

Capítulo 601

EL CALEFACTOR Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN EN LOS QUIRÓFANOS DE UN HOSPITAL

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

Debido a que los quirófanos son únicos, sus instalaciones deben realizar tareas de aire acondicionado como la renovación del aire para eliminar los gérmenes producidos durante la cirugía, usar diferentes presiones para evitar que el aire limpio ingrese a las habitaciones adyacentes, crear un flujo de aire para alejar el aire contaminado de la mesa de operaciones y la mesa de instrumentos y regular la temperatura, la humedad y la ventilación para proporcionar un ambiente cómodo para el equipo quirúrgico.

Dado que las partículas contaminantes pueden ingresar al cuerpo a través de la herida quirúrgica y causar infecciones en los pacientes, se debe prestar especial atención a la calidad del aire en los quirófanos. Como resultado, se requieren barreras que separen la sala de operaciones del resto del hospital y del mundo

exterior. Los términos nosocomiales y adquiridos en hospitales se utilizan para describir estas infecciones.

Es igualmente crucial contar con un sistema de presión positiva para que el aire siempre se mueva de las áreas más limpias a las menos limpias y nunca al revés. Aunque los acondicionadores de aire de la unidad quirúrgica serán utilizados únicamente allí y por nadie más en el hospital, estarán conectados al sistema principal de producción de calor y frío.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer que funciones tiene el calefactor en quirófano

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los entornos hospitalarios y cualquier otro centro de atención médica deben estar adecuadamente ventilados, acondicionados y mantenidos para garantizar la comodidad y el control de cualquier partícula infecciosa que pueda afectar a los pacientes, el personal y los visitantes.

La calidad del aire en estos centros sanitarios es aún más crucial que en otros entornos debido a la presencia de agentes químicos de alto riesgo, microorganismos y pacientes susceptibles a ellos.

Para mantener alejados los microorganismos transportados por el aire, cada quirófano debe tener barreras. Necesitará para lograr esto:

- Una puerta que aisle la habitación del aire exterior.
- Cualquier filtro que elimine partículas perdidas, normalmente filtros HEPA.
- Purificar el aire mediante UTA (unidades de tratamiento de aire).
- Componentes aptos para la esterilización.

Al filtrar el flujo de aire, esta tecnología funciona. Estas corrientes viajan en direcciones paralelas y a velocidad constante en la región donde se encuentran los microorganismos.

Si se opta por un bypass de recirculación de aire en el conducto de extracción, se aconseja instalar estas rejillas lo más cerca posible del techo.

A pesar de esto, el objetivo del diseño es crear sistemas de ventilación y aire acondicionado que puedan modificarse para satisfacer las necesidades que se enumeran a continuación.

- Seguridad para la salud.
- Confort climático.
- Retire el volumen.
- Eficacia energética.

Al diseñar un sistema, el aire no debe moverse excesivamente de las áreas sucias a las limpias.

Se recomienda un valor de 21 °C (-1 °C y 3 °C) y una humedad relativa ambiente del 50% (-10%) para el quirófano para evitar el crecimiento de bacterias.

Por último, un aire acondicionado que se encuentra dentro o fuera del quirófano constituye el sistema de refrigeración.

5 Discusión-Conclusión

El flujo laminar se utiliza para evitar estos problemas citados anteriormente, ayudando a reducir las infecciones y los microorganismos que pueden ingresar al quirófano a través de fugas.

Una buena opción para el aire acondicionado son las rejillas de extracción. Estas unidades de tipo compacto deben instalarse a nivel del suelo para obtener un mejor rendimiento.

Los trabajadores de mantenimiento, al igual que los de calefacción, deben prestar especial atención al funcionamiento de los aparatos de aire acondicionado de quirófano y a la limpieza de la cadena de filtración del aire. Ahora entendemos lo importante que es el aire acondicionado en los quirófanos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 602

EL CALEFACTOR Y AISLAMIENTO DE TUBERIAS Y CONDUCTOS DE CLIMATIZACIÓN DE UN HOSPITAL

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

1 Introducción

Un sistema de tuberías forma parte de cualquier sistema de calefacción o sanitario que requiera el transporte de fluidos. Los sistemas de calefacción están formados por calderas, radiadores y la red de tuberías que los conecta. El sistema de tuberías sanitarias se utiliza para suministrar agua fría y caliente a inodoros, lavabos, bañeras, duchas, lavavajillas, lavadoras, etc., así como para conducir las aguas residuales de la construcción hacia el sistema de alcantarillado.

Un sistema de tuberías se compone de numerosas piezas diferentes, como tuberías de distintos diámetros, accesorios, juntas, bridas, pernos, válvulas, filtros, accesorios y compensadores. Estos elementos controlan el flujo, la presión y la temperatura de los fluidos que se transportan. Los sistemas de plomería domésticos solían estar hechos de metales como hierro fundido, cobre y plomo; sin

embargo, los diseños contemporáneos utilizan principalmente plásticos o compuestos como PVC, polietileno de alta densidad, polipropileno y compuestos de aluminio, entre otros.

El sistema de plomería se puede optimizar de varias maneras porque tiene un gran impacto en la efectividad y el confort de un edificio. Entre otras cualidades que debe tener una red de tuberías, se debe aumentar la eficiencia energética del edificio, proporcionar más confort térmico y acústico y proteger el edificio y sus ocupantes del fuego y el humo en caso de incendio.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer qué tipos de aislantes existen y como se ponen en las tuberías de calefacción de un hospital por el personal de mantenimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los climas interiores se mantienen a la temperatura ideal durante todo el año porque el aislamiento de las tuberías asegura que el calor producido se distribuya a las zonas deseadas. Es más sencillo para los ocupantes del edificio utilizar el agua de manera más efectiva porque el agua permanece caliente cuando debería estar caliente y fría cuando debería estar fría.

Estudios recientes muestran que entre el 40 y el 60 por ciento del costo del trabajo de mantenimiento de tuberías es atribuible a la corrosión bajo aislamiento (CUI). La razón principal es que el aislamiento contra la humedad a menudo pasa desapercibido.

Estas son las principales ventajas que obtiene un hospital cuando aísla las tuberías de la calefacción.

La reducción de las pérdidas de energía, o de calor o frío, se consigue aislando los conductos o tuberías de aire acondicionado. El calor se transfiere por conducción, convección y radiación. El factor físico más importante a tener en cuenta al evaluar los materiales aislantes es la conductividad térmica.

2-Transferencia térmica: Utilizando el coeficiente de transferencia de calor, es posible determinar cuánto calor se transfiere entre un fluido y una pared sólida (como la pared de un tanque o tubería).

3- Radiación térmica: La radiación térmica es un tipo de transferencia de calor en el que se utilizan ondas electromagnéticas para mover el calor. Existen numerosos medios de transferencia que pueden transportar energía de radiación.

4. Protección contra la infiltración de humedad: el aislamiento en aplicaciones de frío debe protegerse de la infiltración de humedad. Por un lado, la humedad aparece como consecuencia de la condensación en la superficie de tuberías cuya temperatura de línea es inferior a la temperatura ambiente.

5-Evitar la condensación: La capacidad del aire para absorber la humedad en forma de vapor de agua está restringida. La regla general es que el aire caliente absorbe más agua que el aire frío.

6- Mayor ahorro energético con un aislamiento óptimo: Todo aislamiento de tuberías, incluso en situaciones de emergencia, debe cumplir con el requisito fundamental de evitar condensaciones en la superficie.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir tras lo anterior que debido a que las tuberías bien aisladas evitan que el calor se escape, se requiere menos energía para generar calefacción y agua caliente. La disminución de la pérdida de calor también evita que las tuberías calienten el edificio cuando no es necesario, lo que reduce la carga de los sistemas de refrigeración. Las tuberías aisladas también mantienen la temperatura del agua, manteniendo el agua caliente y el agua fría, minimizando la cantidad de tiempo que el agua debe correr para alcanzar la temperatura deseada. El agua fluye más rápidamente a través de tuberías aisladas, lo que también conserva el agua.

Para salvar el hospital, se puede concluir que un calefactor para la instalación necesita aislar bien las tuberías.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 603

EL CELADOR EN EL ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA

PABLO MARTÍN ESCABIAS

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

1 Introducción

Vamos a empezar a definir conceptos básicos sobre la farmacia y su relación con los celadores para posteriormente abarcar conceptos más específicos como las funciones de la farmacia y las funciones del celador en ella.

La farmacia la definiremos como el área donde se dispensan medicamentos de cobertura interna y externa.

En las unidades de farmacia hay varios equipos trabajando, integrados por personal administrativo, auxiliares de enfermería, enfermeros y celadores bajo la dirección de un farmacéutico titulado.

A cada paciente le corresponde una serie de medicamentos en concreto, por lo tanto, se le repartirá su dosis asignada cada día en unos porta-medicamentos de plástico, con una numeración asignada a cada paciente, estos se transportarán en unos carros especiales para su cometido. Según las leyes establecidas, esta área está obligada a distribuir los medicamentos que se le soliciten.

Según el tamaño del hospital y de sus características, algunos hospitales deberán de contar con un área de farmacia hospitalaria, si son de un gran tamaño y necesidad, sin embargo otros hospitales más pequeños con una menor capacidad para

pacientes podrán solicitar una autorización a las comunidades autónomas para poder crear un pequeño dispensario de medicamentos bajo la supervisión de un farmacéutico y sujeto a los requisitos establecidos por las leyes vigentes.

2 Objetivos

Los objetivos a tratar en este capítulo serán específicos sobre el papel fundamental del celador en esta área hospitalaria, además de otros objetivos más generales como:

- Tener constancia de los aspectos más principales del área de farmacología.
- Conocer las funciones más importantes de la farmacia hospitalaria.
- Tener constancia de la importancia del celador y de las funciones que realiza en el área de farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha recabado información de manera exhaustiva y meticulosa de una serie de publicaciones y artículos. Estas fuentes de información han sido rigurosamente seleccionadas de plataformas, tales como Dialnet y Google Scholar.

Estas plataformas poseen una gran reputación en círculos científicos y académicos.

4 Resultados

Después de estudiar y analizar en profundidad toda la documentación, trataremos las funciones de la farmacia en los hospitales y de las funciones del celador en este ámbito, pero antes trataremos una serie de características generales sobre el área de farmacia hospitalaria.

El Ministerio de Sanidad, será la institución más relevante para valorar la adecuación sanitaria de cada producto, artículo o medicamento farmacológico, será coordinado con otras agencias estatales de medicamentos y productos sanitarios sus siglas son (AEMPS) y vela por la seguridad y calidad del producto, además de dar información para promover la salud pública, de las personas, de los animales y del medio ambiente. Por otro lado, los profesionales sanitarios tienen la obligación de informar a las autoridades sanitarias de los efectos negativos o inesperados en la salud de las personas, ocasionados por los medicamentos.

A continuación, trataremos una serie de características generales pertenecientes al área de farmacia hospitalaria.

1. Ser partícipe, a través de los medicamentos de estudios clínicos.
2. Colaborar con otras unidades o servicios.
3. Organizar intrahospitalariamente. un sistema de farmacología.
4. Informar sobre los medicamentos al personal sanitario y no sanitario del hospital.
5. Tener absoluto control sobre los medicamentos que puedan causar dependencia, haciendo cumplir la legislación sobre ellos.
6. Tomar las medidas para asegurar la distribución eficaz de los productos farmacológicos.
7. Asegurarse de la calidad y seguridad del traslado de los productos.
8. Comprometerse a la óptima conservación de los medicamentos, tanto su adquisición como su estado correcto.

Posteriormente vamos a conocer las actividades del celador, más concretamente sus funciones en este ámbito:

1. Vigilar la farmacia y su correcto uso.
2. Trasladar los artículos desde diferentes áreas hospitalarias, unas veces será desde áreas externas hasta el área de farmacia y otras veces será de manera viceversa.
3. Trasladar el carro con los productos de unas unidades a otras.
4. Reponer materiales y varios productos sanitarios como alcohol a los dispensarios de las unidades habilitadas para ello.
5. Ser partícipe, en la organización y mantenimiento de los inventarios.
6. Organizar dentro de la farmacia los artículos, productos o materiales, así como su traslado.
7. Movilizar el material pesado y su posterior acomodación.
8. Recibir los nuevos artículos o productos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar con el artículo me gustaría explicar los análisis derivados del proyecto de investigación, tenemos que tener constancia de la importancia del área de farmacia, ya que tiene la capacidad de suministrar productos sanitarios para las demás áreas, ya que es la encargada de la organización, uso, traslado y gestión.

La relevancia en el sujeto del celador para la vigilancia y cooperación en el traslado seguro y óptimo lo convierten en un activo primordial, ya que sus funciones son imprescindibles para el desarrollo normal del servicio.

Por lo tanto, los celadores deben estar bien informados de las funciones que le competen, además de formación sobre los materiales que se encuentran en el área de farmacia hospitalaria.

6 Bibliografía

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Evolución de la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007-2011). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

Pérez-Encinas, Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (2015). Informe sobre la situación de los servicios de farmacia hospitalaria en España: infraestructuras, recursos y actividad.

Capítulo 604

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando un paciente que tiene molestias acude al servicio de urgencias de un centro hospitalario, este será triado en el servicio de triaje del servicio de urgencias, el cual determinará el destino o la unidad de urgencias que lo atenderá.

Por norma general, la primera clasificación del paciente será asignarlo a los boxes de urgencias, salas de cirugía o traumatología, sala de espera de rápidos o sala de ginecología.

Aquellos pacientes que requieren de un mayor número de pruebas o de su observación durante las próximas horas para comprobar la evolución de su enfermedad serán trasladados a la unidad de observación dentro del propio servicio de urgencias

Las actuaciones llevadas a cabo con los pacientes ingresados en las unidades de observación del servicio de urgencias son muy similares a las actuaciones llevadas a cabo en las plantas de hospitalización, puesto que los pacientes requieren de unas actuaciones sanitarias y asistenciales necesarias.

Al encontrarse los pacientes ingresados en esta unidad entre 24 y 72 horas podrán estar acompañados de sus familiares o acompañantes, puesto que se entiende que es una unidad de ingreso, aunque con un tiempo de permanencia determinado. Sin embargo, durante la realización de pruebas, exploraciones, o actuaciones médico- sanitarias los familiares deberán esperar en la sala general de urgencias.

2 Objetivos

- Determinar el funcionamiento de la unidad de observación del servicio de urgencias.
- Conocer las actuaciones desarrolladas por los celadores con los pacientes ingresados en las unidades de observación del servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La actividad laboral llevada a cabo por el instalador en la sala de observación del servicio de urgencias puede ser clasificado en dos grandes grupos: por un lado, las actuaciones llevadas a cabo dentro y fuera de la unidad para garantizar el funcionamiento de esta, y por otro lado, las actuaciones llevadas a cabo con los pacientes.

Actuaciones llevadas a cabo por el celador para garantizar el funcionamiento de la unidad de observación.

Las actuaciones llevadas a cabo por el celador en la unidad de observación tendrán la finalidad de colaborar al desarrollo de un correcto funcionamiento de la

sala de observación de urgencias.

Para ello, realizarán las siguientes funciones:

- Proporcionar balas de oxígeno llenas y retirar aquellas que se encuentran vacías.
- Acudir a la unidad de farmacia hospitalaria cada vez que se requiera un medicamento en concreto y no se encuentre en la unidad de observación.
- Acudir a la unidad de transfusiones del centro hospitalario para retirar la sangre solicitada y así poder transfundir a un paciente en la unidad de observación.
- Hoy trasladar laboratorios correspondientes a aquellas analíticas que sean urgentes y necesiten ser entregadas en mano.

Actuaciones llevadas a cabo por el celador con el paciente ingresado en la unidad de observación.

Por un primer momento, las actuaciones ejecutadas por los celadores con los pacientes estarán relacionadas con aquellas actuaciones asistenciales realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, siendo función del celador auxiliar a esta categoría profesional durante la movilización de los pacientes que presenten una movilización pasiva, es decir en aquellos pacientes que sean dependientes.

Los celadores a su vez, asistirán al equipo de enfermería y al equipo médico en aquellas actuaciones que requieran de la sujeción y movilización del paciente durante la realización de pruebas exploratorias.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Las funciones del celador en la unidad de observación del servicio de urgencias hospitalarias” nos demuestra las actuaciones llevadas a cabo por el celador con el paciente en la unidad de observación del servicio de urgencia.

Como se ha mencionado con anterioridad al ser una unidad donde pueden encontrarse ingresados durante un máximo de 72 horas, se requerirá de actuaciones asistenciales en las cuales participa el celador. Hay que hacer hincapié en el hecho de que estos pacientes no tienen un diagnóstico determinado y sus dolencias pueden ser múltiples, por lo que toda actuación realizada sobre el paciente deberá ser consensuada con el equipo de enfermería responsable de este.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 605

PERSONAL DE LAVANDERÍA Y PLANCHA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS: LA MANIPULACIÓN DE ROPA LIMPIA Y SUCIA

ALMUDENA GALINDO GARVI

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

El servicio de plancha en el sistema sanitario hospitalario evita las infecciones cruzadas, por ello es uno de los grandes recursos que tiene la sanidad para evitar las graves repercusiones económicas que provocan.

Es muy importante que el personal de plancha siga a todos los protocolos establecidos para combatir las infecciones cruzadas, ya que una infección cruzada se puede dar por varias causas y las consecuencias son muy graves.

Aunque el riesgo de contaminación cruzada e infección es mínimo para los pacientes, es bastante alto en los trabajadores del servicio de plancha y lavandería. El personal de plancha, además, debe ser capaz de colaborar con el resto de personal, estamentos y entidades altamente cualificadas y especializadas capacitados

para resolver este tipo de problemas. De esta forma se facilita la resolución de parte del problema que corresponda, facilitando la gestión hospitalaria.

El personal de servicio de plancha, además de asegurarse de los requisitos de higiene, debe garantizar que la ropa hospitalaria cumpla con las mejores condiciones de sus propiedades naturales. La ropa debe ser cómoda, suave, absorbente, fresca, etcétera.

El servicio de plancha no tiene contacto directo con los pacientes, pero los efectos psicológicos de los pacientes al vestir ropa limpia, así como la ropa de cama, son muy positivos.

Para que la ropa cumpla los requisitos anteriormente expuestos, como son los de higiene y calidad, el servicio de lavandería debe estar dotado de la tecnología e instalaciones adecuadas, como se establece en la legislación vigente actualmente. La recogida y distribución de la ropa debe seguir unas normas y protocolos que nos aseguren poder cumplir con las expectativas expuestas.

2 Objetivos

- Explicar cómo se puede evitar la infección cruzada por contacto con ropa sucia en los centros hospitalarios a través de los protocolos establecidos para evitarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

1. El proceso de ropa sucia.

El protocolo establecido especifica la segregación de prendas por categorías, así como la identificación en origen, por lo tanto, la ropa debe llegar identificada a la lavandería.

Se tendrán en cuenta las siguientes recomendaciones: a. Asegurar que no entre en el saco o bolsa ningún elemento no textil. b. El salvacamás y toda aquella ropa

que se considere residuo se procesará como tal. c. No agitar ni airear la ropa. d. Cerrar la bolsa perfectamente.

2. Recogida y transporte de la ropa.

El centro sanitario debe tener un protocolo de recogida de transporte de ropa estableciendo específicamente cuál será el recorrido de la ropa sucia, en este recorrido se debe evitar el cruce de zonas limpias y sucias.

Además, se debe tener en cuenta que no se pueden utilizar los ascensores que usan los pacientes, familiares, etc.

Al trasladar la ropa sucia se hará de forma ordenada, evitando movimientos innecesarios por el hospital, evitando el trasvase de una bolsa a otra, transportaremos la ropa sin arrastrar los sacos por el suelo, utilizando sistemas rodantes para el efecto.

La ropa sucia debe permanecer almacenada en menor tiempo posible y zona donde se almacene debe tener un recubrimiento en suelos y paredes que facilite su limpieza y desinfección.

3. Lavado.

En cuanto al lavado, el personal de limpieza debe tener unos protocolos claramente establecidos, en los que se especifique la clasificación de la ropa, teniendo en cuenta el tipo de suciedad, contaminación, tipo de tejido y tipo de artículos.

Asimismo, deben especificarse los programas de lavado; fases, temperaturas, los agentes químicos, aditivos, tiempos...

Al realizar el lavado de gel, la ropa sucia debe realizarse por personal cualificado que conozca los productos químicos que se van a utilizar. Será necesario realizar un pre lavado, con ellos se consigue que al iniciar el lavado la ropa este es delta de suciedad. En el lavado utilizaremos los detergentes, métodos químicos o térmicos.

4. Planchado y almacenamiento.

Una vez que la ropa está limpia, se planchará, completando así el ciclo de desinfección y limpieza. El personal debe seguir el protocolo de almacenamiento tanto dentro de lavandería como en el resto del hospital.

Se debe comprobar que la ropa queda completamente seca y limpia, la manipulación de la ropa limpia debe hacerse con las manos completamente limpias y desinfectadas.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el personal de lavandería y plancha tenga acceso a un protocolo claro que seguir en cuanto al traslado, almacenamiento, lavado y planchado de ropa. El hecho de tener un protocolo bien definido es una garantía en cuanto a seguridad se refiere, ya que se evitarán las infecciones cruzadas.

Este personal es el más susceptible a este tipo de contagios, puesto que es el que manipula directamente la ropa sucia. Los contagios por infección cruzada pueden existir también entre pacientes y el resto de personas, aunque actualmente la información que tenemos es que es mínima.

Los protocolos deben estar bien definidos y ser claros, estableciendo un traslado por el centro hospitalario que nos asegure que no se cruzarán las líneas de sucio y limpio, el proceso de almacenamiento en sucio, lavado, planchado y almacenamiento en limpio.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/03/MSalud-Neuqu%C3%A9n-Manual-Lavander>.

Capítulo 606

EL MECÁNICO DE UN HOSPITAL Y LOS ARREGLOS EN UNA COCINA HOSPITALARIA: EL HORNO

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

RAFAEL LARA BARBERÁ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

1 Introducción

Como un servicio simple, la nutrición hospitalaria es ahora más crucial que nunca para la recuperación de un paciente.

La cocina de un hospital generalmente contiene una variedad de equipos, que incluyen cocinas de vapor, hornos de vapor mixto, freidoras continuas, marmitas basculantes mixtas, sartenes basculantes, autoclaves de cocción, mesas calientes, planchas y paellas. Uno de los electrodomésticos más utilizados en las cocinas de los hospitales modernos es el horno. Nos permiten elaborar exquisitos asados de carnes y pescados.

El mecánico del hospital es responsable de:

- Instalación, reparación y mantenimiento de campanas extractoras industriales, motores de campanas y extractores de humos.

-Mantenemos cocinas comerciales y todo tipo de averías, así como la limpieza y puesta a punto de tu cocina industrial de gas.

-Reparaciones de hornos, instalación, freidoras y mantenimiento de hornos industriales.

– Reparaciones de sartenes comerciales y planchas para establecimientos de hospedaje.

La mayoría de las reparaciones se completan al mismo tiempo en una sola visita, lo que permite que su máquina continúe funcionando a través de la reparación o el reemplazo de piezas. El punto principal de discusión en este capítulo será el horno.

Debido al uso frecuente ya las altas temperaturas a las que se somete durante la cocción, se desgasta y en ocasiones puede funcionar mal.

2 Objetivos

Conocer las funciones del mecánico en las cocinas del hospital y cómo se arreglan los elementos principales como son los hornos y las planchas.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de toda la literatura científica. Se consultaron las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, en busca de artículos y se realizó una búsqueda exhaustiva de libros. De estas bases de datos se eligieron artículos científicos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Los siguientes son los problemas más frecuentes que encuentra un mecánico cuando lo llaman a la cocina de un hospital para arreglar un horno.

1. Existen algunas posibles razones por las que el horno no se calienta.

-El termostato primario requiere mantenimiento. Los hornos eléctricos tienen tanto un termostato estándar como un termostato de seguridad. Debido al termostato general, el horno alcanza una temperatura determinada durante la cocción.

Hay daño a la resistencia. Una resistencia en cortocircuito afecta la capacidad del horno para generar calor a partir de la energía entrante.

El termostato de seguridad. Cuando el horno se sobrecalienta como resultado de un mal funcionamiento del termostato principal, el trabajo del termostato de seguridad es cortar la energía.

Seleccione la opción Turbo. Si el horno está en modo turbo y calienta pero no cocina como debería, revise el ventilador. Con frecuencia queda flojo y no gira la hélice.

Si el horno no se enciende, puede haber varias razones.

-El selector o interruptor está dañado. Es posible que el interruptor de posición o función se incendie y apague el horno.

2-Reloj o temporizador: El horno ocasionalmente no funcionará si la función del temporizador está configurada en "apagado". No hay problema; todo lo que tienes que hacer es encender el horno y mover el selector de posición.

3- Debido a las bisagras desalineadas, la puerta del horno no puede cerrarse correctamente, lo que provoca una pérdida de calor y un calentamiento ineficiente de los alimentos. También puede ocurrir si la puerta no se puede cerrar. Es necesario desmontar la puerta del horno para poder volver a colocar las bisagras y ajustarlas correctamente.

4-Al encender el horno salta el diferencial; esto es típicamente el resultado de una resistencia defectuosa. Al desconectar cada resistencia individualmente antes de volver a enchufar el horno, es fácil determinar qué resistencia está rota.

5- El horno hace mucho ruido; comprobar si hay problemas con el ventilador, la hélice o el motor.

6- Si el horno se sobrecalienta, lo mejor es cambiar el termostato ya que probablemente tenga algún problema.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los electrodomésticos más utilizados en las cocinas de los hospitales modernos es el horno. Nos permiten elaborar exquisitos asados de carnes y pescados. Debido al uso frecuente ya las altas temperaturas a las que se somete durante la cocción, se desgasta y en ocasiones puede funcionar mal. Si es necesario reemplazar un componente del horno debido a desgaste o falla, el mecánico del hospital está disponible.

Sin un mecánico del hospital, habría un problema grave con el suministro de alimentos en el hospital. En cambio, un mecánico del hospital está en el lugar porque, cuando llega, ya sabe qué tipo de falla es y cómo repararla o reemplazar el componente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 607

EL MECÁNICO DEL HOSPITAL Y ARREGLO DE LAS MÁQUINAS DE ENDOSCOPIAS

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

RAFAEL LARA BARBERÁ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

1 Introducción

Un endoscopio es un dispositivo médico con una luz incorporada que permite a los usuarios ver el interior de un órgano o cavidad corporal. Para realizar una sigmoidoscopia o broncoscopia, este instrumento se inserta a través de una abertura natural, como la boca o el recto. Un dispositivo óptico conocido como endoscopio industrial es un tubo semirrígido o flexible con un sistema óptico conectado a un ocular y una lente en cada extremo.

La endoscopia intestinal, que se utiliza tanto con fines terapéuticos como de diagnóstico, aumenta el riesgo de propagación de enfermedades bacterianas y virales. El mecánico debe tener suficientes piezas necesarias para así terminar las reparaciones en garantía lo antes posible con un tiempo de respuesta máximo de 24

horas desde el momento en que se informa el incidente. Además, este requisito garantiza la continuidad de la actividad endoscópica.

Los mecánicos se comprometen a tomar las medidas necesarias para cumplir con las leyes ambientales más pertinentes en el momento que se apliquen a los equipos proporcionados, en particular aquellos que se ocupan de la gestión de residuos. Por último, debe estar bien informado y bien preparado para reparar estos dispositivos complejos como resultado de todos estos factores.

2 Objetivos

Conocer qué es un endoscopio y los posibles fallos que pudiera tener para que el mecánico del hospital lo pueda arreglar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los siguientes son algunos problemas con los que normalmente se encuentra el mecánico endoscópico.

1. El procesador no se utiliza con el endoscopio.

Entre las posibles razones están:

- El tapón de remojo todavía está en su lugar.
- Los pines del video del endoscopio están doblados.
- El conector del procesador de video está dañado.
- La punta de la guía de luz está torcida.
- Los endoscopios de la Serie 90 no se pueden utilizar con otros procesadores.

Entre los posibles tratamientos se encuentran:

- Asegurar que hay que quitar la tapa de remojo del endoscopio.
- Evitar introducir el endoscopio en el ordenador.
- El visor debe enviarse para su reparación si los pines están doblados.
- Intentar reinstalar suavemente un endoscopio en el procesador.

- Si el problema persiste, su procesador podría estar dañado.
- Utilizar un endoscopio compatible.
- 2. Existe un problema con la angulación.
 - *Razones probables.
 - Se han activado los bloqueos de angulación.
 - Los cables utilizados para medir ángulos han sido dañados.
 - *Soluciones posibles.
 - Asegurarse de que los bloqueos de angulación estén desactivados.
 - Enviar el endoscopio para su reparación.
- 3. La falta de expulsión de agua o aire del endoscopio o una presión de agua o aire insuficiente son ambas posibles causas.
 - * Razones.
 - La bomba del procesador está rota.
 - La conexión entre la botella de agua y el procesador es mala.
 - Se selecciona la posición de drenaje (abajo) de la palanca de la botella de agua.
 - La sonda de alimentación A/W (de la botella de agua) no tiene conexión para endoscopio.
 - El depósito de agua se ha vaciado.
 - El sello hermético de la botella de agua ya no funciona con su integridad original.
 - Una botella de agua con juntas tóricas dañadas o faltantes.
 - Hay juntas tóricas rotas o faltantes en la válvula de aire/agua.
 - Canales de agua/aire bloqueados total o parcialmente.

5 Discusión-Conclusión

La endoscopia intestinal, que se utiliza tanto con fines terapéuticos como de diagnóstico, aumenta el riesgo de propagación de enfermedades bacterianas y virales. El supervisor es responsable de desarrollar módulos de capacitación operativa y funcional para el equipo de mantenimiento. Estas mecánicas requieren orientación, instrucción y conocimientos actualizados.

Aunque los endoscopios son frecuentemente reparables, hay ocasiones en las que no es posible y debes contactar con el soporte técnico de la marca. Esto debe ser considerado por el mecánico del hospital. Sin embargo, las piezas a veces pueden repararse, mientras que otras veces necesitan ser reemplazadas. Debe estar bien informado y bien preparado para reparar estos dispositivos complejos como resultado de todos estos factores.

6 Bibliografía

www.google.es www.scielo.org

Capítulo 608

EL MANTENIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DE LAS HABITACIONES POR EL MECÁNICO EN UN CENTRO SANITARIO: FUNCIONES

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

RAFAEL LARA BARBERÁ

1 Introducción

Con el fin de elaborar una clasificación de todos los elementos que están equipadas las habitaciones, dependiendo de la especialidad. Hemos querido elaborar este capítulo en el que detallamos posteriormente todos los diferentes objetos que se hallan en las habitaciones de un centro sanitario.

El mecánico sanitario dentro de sus funciones como personal mantenimiento de un complejo hospitalario. Tiene la responsabilidad de comprobar, mantener y reparar todos los elementos mobiliarios y las diferentes tomas de las habitaciones. Asegurándose de que todos los elementos que lo forman estén en el momento de su utilización en perfectas condiciones para que los diferentes usuarios, celadores,

técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y demás profesionales sanitarios, puedan utilizarlos con seguridad y de manera que influya en su bienestar y la pronta recuperación del paciente, y también de que los acompañantes se encuentren a gusto en el periodo de la estancia que esté el paciente ingresado. Conforme vayamos explicando este artículo en los diferentes apartados, explicaremos la forma de actuar por parte del mecánico sanitario cuando haya pacientes. Los diferentes procedimientos dentro de la organización del hospital, entre el personal sanitario, el jefe de mantenimiento y el servicio de mantenimiento mecánico para no molestar en la actividad diaria de los pacientes y usuarios.

2 Objetivos

Dar a conocer las tareas del mantenimiento de las habitaciones hospitalarias por parte del mecánico de los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El trabajo realizado por el personal de mantenimiento mecánico en colaboración con el personal médico para la planificación de los elementos de mobiliario en un centro hospitalario debe realizarse idealmente cuando sea posible.

Las habitaciones están vacías tanto de huéspedes como de pacientes.

Por lo general, el supervisor de la planta informa estas revisiones al servicio de mantenimiento, primero al gerente de mantenimiento y luego a través de él en una orden de trabajo computarizada.

El equipo de mantenimiento mecánico se encarga de las siguientes tareas:

- Vigilancia y mantenimiento de las tomas de conexión de gases medicinales (Oxígeno, Aire Medicinal y Vacío) en los cabeceros de las habitaciones.
- Componentes utilizados en medicina, como mangueras y conexiones para toma de gases, caudalímetros y vacuómetros.

- Examinar todos los componentes mecánicos y eléctricos de las distintas camas que se encuentran en las habitaciones.
- Cortinas que se adosan para dividir las camas.
- Elementos de protección, como zócalos, tapajuntas, cubreesquineros y protectores de pared para evitar el deterioro de la pared.).
- Inspecciones de los componentes de puertas y ventanas para asegurar que cumplen con los estándares de seguridad necesarios para la prevención del suicidio o para el Covid-19.
- Mesitas de noche y los componentes de las mismas.
- Conjuntos de armarios.

Para los acompañantes de los pacientes, también hay sillas y sillones.

- Verificar que el control sanitario del servicio de planta haya revisado los botones de contacto con el paciente.

Adicionalmente, el personal de mantenimiento mecánico a cargo de las habitaciones debe alertar al jefe de mantenimiento y al personal a cargo de ese cargo si descubren algún defecto o son informados por el personal médico o los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El mecánico sanitario es el responsable de asegurarse de que todos los componentes que componen el mobiliario de las habitaciones de un centro hospitalario funcionen correctamente después de realizarles un mantenimiento, como por ejemplo: una cama de hospital o una mesita.

En él se deben examinar todos los componentes que integran este objeto, incluidos los componentes mecánicos (ruedas, pedales, barandillas, cabecero, soporte para informes y componentes eléctricos o electrónicos, en su caso, sistema electrónico por mando).

Antes de iniciar el procedimiento en el que se debe llamar al servicio y luego el mecánico pasa a retirarlo para que funcionen correctamente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 609

CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

1 Introducción

Cuando hablamos de consultas externas, nos referimos a los actos médicos realizados de forma ambulatoria cuya finalidad es el diagnóstico, tratamiento, o seguimiento de un paciente.

La actividad de las consultas externas ha tenido un papel secundario al ámbito de hospitalización, ocupando un papel secundario frente a este. Sin embargo, cada vez más se está viendo la importancia de las mismas, dando más relevancia a la atención ambulatoria en detrimento de la hospitalización y sirviendo como enlace entre los servicios de Urgencias y Hospitalización; además de posibilitar el seguimiento de pacientes hospitalizados.

Se trata de un servicio polivalente que abarca multitud de especialidades médicas, que presta una atención de calidad y cercanía a los pacientes.

En este contexto debemos reseñar la importancia de la atención primaria, pues su participación es fundamental para el buen funcionamiento de las consultas

externas de atención especializada, pues la atención primaria constituye la puerta de acceso a las mismas.

Normalmente, las consultas externas están ubicadas en locales adyacentes o integrados en el centro hospitalario, para favorecer su acceso y coordinación con los servicios hospitalarios.

En el área de consultas externas, el celador realiza múltiples funciones, de apoyo al personal sanitario y no sanitario, que vamos a ver en profundidad en el presente capítulo.

2 Objetivos

- Enumerar e indicar las funciones del celador en consultas externas en el ámbito hospitalario.
- Destacar la importancia del celador en estas unidades.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en internet consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como Elsevier, o el motor de búsqueda PubMed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “consultas externas” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

Posteriormente, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo.

Por último, se ha extraído la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

Cada vez están adquiriendo mayor relevancia la importancia de las consultas externas en la atención sanitaria, evitando mayor número de ingresos hospitalarios, más costosos para el sistema y más agresivos para el paciente.

Al servicio de Consultas Externas se puede acceder por tres vías:

- Desde el médico de atención primaria cuando considere que debemos ir a un especialista.
 - Desde el propio hospital, bien desde los servicios de urgencias o después de una hospitalización que requiera un seguimiento posterior.
 - Desde otros hospitales, cuando en nuestro hospital de referencia no exista la especialidad médica o servicio que necesitamos.
- Seguidamente, vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de Consultas Externas:
- Acogerá al paciente a su llegada al centro informando de la manera de registrarse si el usuario necesita ayuda.
 - Informará de la ubicación de las diferentes consultas o servicios.
 - Informará de la ubicación del servicio de ambulancias.
 - Vigilará del orden en las salas y dependencias.
 - Vigilará el comportamiento de enfermos y acompañantes, para que estos respeten las normas de la institución.
 - Ayudarán a la movilización de pacientes cuando sea necesario.
 - Se encargarán de tramitar las peticiones urgentes de farmacia.
 - Recogida y transporte de muestras al laboratorio o servicio de anatomía patológica.
 - Reparto de la correspondencia a los diferentes servicios.
 - Cuando un paciente sea enviado al servicio de urgencias desde la consulta externa por un proceso urgente, será el encargado de acompañarlo a dicho servicio, junto con la documentación necesaria.
 - Facilitará, cuando sea necesario, sillas de ruedas a los pacientes, para su traslado por el centro sanitario.
 - Repartirá las Historias Clínicas de los pacientes que deben acudir al día siguiente a las diferentes consultas, y recogerá las ya vistas para su devolución al archivo.
 - Será el encargado de trasladar documentos, aparatos y otros objetos que le sean solicitados por el personal sanitario.
 - Trasladará enfermos por las dependencias hospitalarias.
 - Auxiliará al personal sanitario en curas o pequeñas intervenciones.
 - Colaborará con los técnicos de rayos en la realización de placas, transportando el portátil de rayos.

Como hemos visto, el celador de consultas externas realiza gran cantidad de funciones, tanto de apoyo al resto de personal, como de información, logística, etc. es por ello que debe conocer toda la estructura hospitalaria para poder desarrollar su trabajo rápida y eficazmente. En ocasiones, para facilitar su trabajo y

localización, pueden contar con un teléfono buscapersonas para ser localizados rápidamente por los diferentes servicios.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que el celador realiza múltiples funciones, tanto de apoyo al personal sanitario, como no sanitario. En este sentido, debe conocer la ubicación de las diferentes consultas y servicios para poder informar correctamente sobre los mismos.

En su trabajo además tiene un contacto directo con pacientes y familiares, por lo que deberá ser amable y empático, facilitando en todo momento la información que le sea requerida, sin sobrepasar sus competencias, evitando hacer comentarios sobre el proceso asistencial del paciente, y remitiendo al paciente al médico encargado de su atención.

Como parte integrante de un equipo multidisciplinar es importante la coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales para el correcto funcionamiento del servicio.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es/scielo.php>.
2. <https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/>.
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.ht.

Capítulo 610

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

1 Introducción

Dentro del Sistema Sanitario, podemos distinguir varios tipos de asistencia sanitaria tomando como referencia el tiempo de respuesta, así tenemos:

- La asistencia sanitaria a demanda, es por iniciativa del paciente y se gestiona a través de la cita previa concertando una fecha y hora.
- La asistencia sanitaria programada, es por iniciativa de un profesional sanitario.
- La asistencia sanitaria urgente, cuando la asistencia no puede demorarse, debe ser inmediata, por ejemplo accidentes.

En este capítulo vamos a centrarnos en la asistencia sanitaria urgente y dentro de esta, en los puntos de urgencias hospitalarias. En este contexto vamos a listar y describir las funciones que realiza el celador en dicho servicio y su importancia para el funcionamiento correcto de la unidad.

Los hospitales son los encargados de prestar asistencia sanitaria urgente, teniendo un área dedicada a esta función.

También existen puntos de atención de las urgencias extrahospitalarios, estos serían los puntos de atención continuada (PAC), o servicios de urgencias de atención primaria (SUAP). Estos están ubicados en los centros de salud, y atienden las urgencias de la población de su ámbito de influencia, que no superen sus posibilidades de tratamiento, cuando no pueden tratar las patologías, derivan a los pacientes a su hospital de referencia para continuar su tratamiento.

2 Objetivos

- Describir los servicios de urgencias hospitalarias.
- Desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Destacar su la importancia del celador en la unidad.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en internet consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como Elsevier, o el motor de búsqueda PubMed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “Servicio de Urgencias” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable.

También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

Posteriormente, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo.

Por último, se ha extraído la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

Los servicios de Urgencias Hospitalarias constituyen el punto de referencia del sistema integral de atención médica urgente establecido en su área de influencia, por este motivo deben estar coordinados con el resto de servicios de urgencias y

emergencias extrahospitalarios, así como con el resto de servicios hospitalarios de destino de pacientes una vez diagnosticados.

Se trata de un servicio peculiar, con características únicas, que lo diferencian del resto de servicios asistenciales, y que hacen que su gestión sea claramente diferente. Entre estas peculiaridades encontramos:

- Se trata de un servicio que presta atención ininterrumpidamente las 24 horas del día, los 365 días del año, y no tienen ningún tipo de derecho de admisión, por lo que deben atender a todos los pacientes que soliciten sus servicios, sin tener en cuenta el motivo de consulta.
- Por otro lado, atienden a la población a demanda, es decir, sin una programación de la actividad, por lo que deben priorizar por la gravedad del paciente, y donde el factor tiempo juega un papel fundamental en el resultado final.

Una vez vistas las características de los servicios de urgencias hospitalarias, vamos a describir las funciones que realiza el celador en dicho servicio. Las urgencias hospitalarias suelen estar divididas en varias zonas o áreas y, dependiendo de la zona, el celador tendrá unas funciones distintas.

1. Celador de puerta de urgencias:

- Recibirán al paciente, ofreciéndole si fuera necesario una silla de ruedas, o en los casos más graves una camilla.
- Acompañarán al paciente a la zona de admisión donde el auxiliar administrativo registrará sus datos y su entrada en urgencias.
- A continuación llevarán la documentación del paciente a la zona de triaje donde el facultativo o la enfermera decidirá, según la patología, su derivación al área correspondiente de urgencias.

2. Celador de boxes:

- Tramitarán las peticiones de los facultativos.
- Llevarán a los pacientes que así lo requieran a la zona de rayos.
- Llevarán las muestras biológicas al servicio que corresponda.
- Ayudarán al personal sanitario en la movilización de los pacientes que así lo requieran.
- Cuando un paciente sea ingresado, ayudarán al celador de planta a movilizar al paciente a la cama, o a la silla de ruedas, para su traslado a la planta de hospitalización.

3. Celador de especialidades:

- Cursarán las peticiones de los facultativos.
- Llevarán a los pacientes al servicio de radiología.
- Ayudarán en la movilización de pacientes.

- Seguirá las instrucciones del personal sanitario cuando un paciente sea trasladado al box vital.

4. Celador de observación:

- Ayudará en la movilización de pacientes en los cambios posturales y aseos.
- Tramitará las peticiones o interconsultas.
- Trasladará a los pacientes a otras unidades o servicios cuando sea necesario.
- Llevarán las muestras al laboratorio correspondiente.

Como podemos ver, el celador realiza multitud de funciones que hacen que su labor sea de gran importancia para el servicio.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que el área de urgencias hospitalarias se caracteriza por ser un servicio con unas cualidades peculiares, que requieren una atención rápida y profesional, pues el personal que trabajan en dicho servicio, se enfrenta a situaciones donde el tiempo es un factor decisivo para el desenlace del proceso del paciente.

La figura del celador en esta unidad sirve de apoyo al resto de profesionales y sus funciones son distintas dependiendo del área donde desarrolle su trabajo, pero en todas ellas debe conocer perfectamente la dinámica de trabajo y los protocolos a seguir, para prestar un servicio de calidad y de eficiencia.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es/scielo.php>.
2. http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf.
3. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681416/martinez_virto_ana_maria.pdf.

Capítulo 611

LA ACTITUD QUE DEBE TENER EL CELADOR ANTE LOS FAMILIARES DE UN EXITUS

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

1 Introducción

La actitud que debe tener el celador en su relación con los familiares de pacientes fallecidos, se basa en la psicología de este profesional sanitario para tratar, con la mayor seriedad y profesionalidad posible, este tipo de situaciones.

Evidentemente, las causas de fallecimiento de los pacientes no son siempre iguales. Las personas mayores que fallecen de forma natural, personas que fallecen de forma repentina por accidentes de tráfico, personas jóvenes o de mediana edad que fallecen tras larga enfermedad, etc.

Todo lo comentado implica que el celador debe tener el tacto suficiente para saber tratar con cada una de las situaciones mencionadas anteriormente y aplicar a cada momento una actitud adecuada para sacarlo adelante de la mejor manera

posible y que resulte (dentro de la dificultad), lo más "llevadero" posible para esos familiares que están sufriendo.

El papel del celador y la función del mismo, por tanto, es ayudar a estos familiares que están sufriendo, entenderles y hablarles, conociendo como afrontar los distintos momentos y hacer de la atención al usuario la premisa fundamental para lidiar con estas situaciones exitosamente, convirtiéndose en un profesional completo en todos los aspectos de la profesión.

2 Objetivos

- Reflexionar sobre la utilidad de la psicología y la meditación en el trabajo del celador para ayudar a afrontar las situaciones y trato con los familiares en el caso de fallecimiento de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de bibliografía y también se han consultado revistas, artículos y nociones específicas sobre la profesión, como por ejemplo, Mundifor, Euroinnova.

Así mismo, se ha basado en experiencias vividas por celadores en activo en diferentes instituciones que prefieren mantener el anonimato y no aparecer reflejados sus nombres en dicho artículo.

4 Resultados

Es fundamental el buen empleo de la psicología y de la meditación en la profesión de celador, en diferentes aspectos, pero, como es objeto de estudio, en la actitud que se debe tener con los familiares de los pacientes fallecidos.

Cuando una persona ha sufrido una pérdida dolorosa, como puede ser la de un familiar, necesita que el profesional que la está atendiendo en la institución sanitaria empatice con su situación, le escuche y le facilite los pasos que tiene que dar, puesto que la pérdida ya de por sí engloba una dificultad importante.

La preparación espiritual de un celador, véase a través de la religión o a través del yoga u otras técnicas de meditación, puede llegar a ser fundamental para afrontar también, desde el punto de vista personal, estas situaciones que se van a dar en un hospital o en cualquier institución sanitaria donde se desarrolle el empleo de celador.

Con un adecuado uso de dichas técnicas de meditación, podemos desarrollar empatía, saber hacer en una situación de estas características, siempre de manera comedida, sin exceder ciertos límites que no deben ser sobrepasados y ejerciendo de forma elegante y discreta para que los familiares tengan en el celador un buen apoyo y no un profesional impersonal.

El saber estar es clave, sobre todo, en la atención a familiares cuyo ser querido a resultado fallecido por una accidente o cualquier tipo de muerte repentina, donde el impacto psicológico es mucho más fuerte que en otros tipos de fallecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la meditación y la psicología son claves para afrontar este tipo de situaciones

Sería interesante plantearse, para futuros estudios, si realmente la religión puede ser significativa y puede influir también en el correcto desarrollo de la profesión de celador y en la atención a los familiares de pacientes fallecidos.

La religión aporta meditación, tener una creencia sobrenatural puede dar la fuerza necesaria para afrontar con entereza este tipo de momentos nada fáciles de llevar a cabo.

El yoga y otras técnicas de meditación también ayudan, pero, quizás, la religión, tener fe y la creencia son importantes para desarrollar fuerza, empatía y profesión como tal.

6 Bibliografía

1. [https://mundifor.com/cursos/el apoyo psicológico del celador](https://mundifor.com/cursos/el-apoyo-psicologico-del-celador). <https://euroinnova.us>.
2. Curso Universitario de Especialización en Técnicas de apoyo a familiares por fallecimiento psicológico por la Universidad de Alcalá, especialidad Celadores.

Capítulo 612

LA VITAL FUNCIÓN DEL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

PABLO MARTÍN ESCABIAS

1 Introducción

El almacén en un hospital es el espacio físico designado para la preservación de medicamentos, materias primas y otros materiales que deben ser cuidadosamente custodiados hasta su distribución a las unidades que los requieran.

Su función principal radica en el aprovisionamiento, control de inventario y la entrega oportuna de estos recursos. En el contexto de un hospital, nos encontramos con dos tipos de depósitos: el almacén farmacéutico y el almacén general. Este último, a su vez, se fragmenta en diversos depósitos especializados, como los de mantenimiento, suministros médicos desechables, instrumentos quirúrgicos, equipos, artículos de oficina, y ropa de cama, por mencionar algunos ejemplos. Para asegurar un rendimiento óptimo en la gestión de estos depósitos, es fundamental llevar a cabo una variedad de tareas que demandan la colaboración de profesionales con distintos campos de experiencia. Entre estos profesionales podemos encontrar la valiosa figura del celador, cuyas responsabilidades y funciones son extraordinariamente variadas y abarcan un amplio espectro de actividades esenciales para el funcionamiento eficiente del almacén. El rol del celador no solo se limita a la logística, sino que también incluye aspectos fundamentales

relacionados con la vigilancia y el mantenimiento de un entorno seguro y organizado.

Para comprender en detalle la contribución del celador en este entorno, es esencial examinar de manera más detenida sus funciones y responsabilidades, las cuales analizaremos más adelante en este artículo.

2 Objetivos

Llevar a cabo una evaluación exhaustiva del papel que desempeña el celador en el área de almacenaje dentro del contexto hospitalario. Este análisis profundiza en sus funciones esenciales y su desempeño en estas responsabilidades críticas. Además, pone un énfasis particular en las cualidades y competencias que este profesional debe desarrollar y cultivar para desempeñar su rol de manera efectiva y acorde con los estándares de calidad exigidos en el entorno de la salud.

3 Metodología

La creación de este artículo ha sido el resultado de una minuciosa y exhaustiva investigación, en la que se ha recopilado información proveniente de diversas publicaciones y artículos. Estas fuentes de información han sido seleccionadas cuidadosamente de plataformas ampliamente reconocidas en la comunidad científica y académica, entre las que destacan Dialnet y Google Scholar.

4 Resultados

En el contexto operativo de un establecimiento hospitalario, la figura del celador en el almacén reviste una significativa importancia, desplegando una serie de responsabilidades de carácter meticuloso y crucial para asegurar la eficaz circulación de los materiales y suministros esenciales para la atención médica. Entre sus principales funciones destacan las siguientes:

1. Recepción de Mercancía

Verificación rigurosa de los envíos con el albarán de entrega para asegurar la correspondencia precisa entre los bultos recibidos y la información documentada. Esto implica la revisión de números de referencia, cantidades y descripciones de productos.

2. Revisión Física de Materiales

Una inspección exhaustiva de la condición física de los materiales recibidos. Cada artículo se somete a un análisis visual y táctil minucioso para detectar cualquier posible daño, defecto o irregularidad. El objetivo es garantizar que todos los materiales estén en óptimas condiciones para su uso.

3. Organización en el Almacén

Los materiales se organizan y colocan cuidadosamente en ubicaciones predefinidas dentro del almacén. Esto implica la disposición de los productos de manera lógica y eficiente para facilitar su recuperación posterior. Cada estantería y caja se etiqueta de manera clara y concisa para una fácil identificación.

4. Gestión de Stock Bajo Mínimo

La colocación y retirada de señales de color amarillo indican la necesidad de reabastecer determinados materiales cuando los niveles de existencias alcanzan un punto mínimo. Esto es esencial para garantizar que los suministros críticos nunca se agoten y que siempre estén disponibles cuando se necesiten.

5. Preparación de Pedidos (Picking)

La preparación de pedidos implica la recopilación precisa de los suministros requeridos por diferentes áreas y servicios del hospital. Cada pedido se compone con atención meticulosa, asegurándose de que todos los elementos necesarios estén incluidos y en las cantidades correctas.

6. Distribución de Suministros

Los suministros preparados se distribuyen de manera eficiente a las distintas áreas y servicios del hospital. Este proceso garantiza que cada departamento tenga acceso oportuno a los materiales necesarios para brindar atención médica de calidad.

7. Control de Inventario

El control de inventario implica la realización de recuentos regulares de existencias. Cada elemento se verifica y registra con precisión para mantener una visión actualizada del inventario. Esto es esencial para la planificación de reabastecimientos y la gestión eficiente de recursos.

8. Verificación de Pedidos

La verificación minuciosa de los pedidos antes de su distribución es una medida de calidad crítica. Se revisa cada solicitud para garantizar que esté completa, precisa y libre de errores, evitando problemas posteriores en la atención médica.

9. Registro de Entradas Diarias

Al final de cada día de trabajo, se entrega al responsable del almacén un registro detallado que documenta todas las entradas diarias de material recibido. Esto crea un rastro documental preciso de las transacciones y movimientos de materiales.

10. Seguridad del Almacén

Los celadores desempeñan un papel esencial en la protección del almacén. Controlan el acceso al mismo, permitiendo solo la entrada de personal autorizado. Esto garantiza la seguridad de los suministros almacenados y evita posibles pérdidas o robos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en la gestión de suministros hospitalarios requiere de: comprensión, la base de todo el proceso radica en la comprensión de las múltiples funciones inherentes al rol del celador. La amplitud de su conocimiento y la claridad en relación con sus responsabilidades se revelan como factores fundamentales para asegurar la eficacia de su desempeño.

Rapidez, la celeridad en la ejecución de tareas es crítica para el celador. Los tiempos de respuesta deben ser ágiles, ya que cualquier demora puede afectar la atención médica. La eficacia radica en su capacidad para realizar tareas eficientemente, cumplir con los plazos y garantizar la disponibilidad de suministros cuando se necesitan.

Resolución, se erige como un rasgo distintivo del celador. En su labor, deben estar preparados para enfrentar desafíos imprevistos y resolver problemas de manera inmediata y efectiva. Esto requiere un pensamiento rápido y una toma de decisiones precisa, ya que cualquier obstáculo debe superarse sin comprometer la atención a los pacientes.

Seguridad en el trabajo, el celador debe promover prácticas seguras y estar alerta a riesgos en el trabajo para proteger a las personas y los materiales, evitando situaciones peligrosas.

Su desempeño en estas áreas es de carácter esencial para asegurar un entorno hospitalario eficaz y seguro tanto para los pacientes como para el personal médico. El celador se erige como una figura ineludible en el campo de la atención médica, asegurando de manera constante que los recursos requeridos estén disponibles para atender las cambiantes necesidades de la institución hospitalaria.

6 Bibliografía

Eleuterio Jiménez, E. et al., (2012). El celador en el servicio de almacén hospitalario. Alcalá: Edita.

Fernández Suárez, M. (2021). FUNCIONES Y TAREAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN HOSPITALARIO. Ocronos.

González Barba, E. et al., (2021). EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN Y LENCERIA. Madrid: Bubok.

Capítulo 613

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y ESTRÉS LABORAL

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

MARIA JOSE MORA CEREZO

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

1 Introducción

En el campo de la psicología, casi todos están de acuerdo en la idea de que “el ser humano es el estímulo más complejo que existe, al menos para otro ser humano”.

Todas las personas que trabajan de cara al público saben que eso puede desgastar psicológicamente mucho. Se debe trabajar en uno mismo, intentar no llevar las cosas del trabajo al terreno personal. Se debe saber diferenciar entre el trabajo y la vida personal. Hay que marcar un distanciamiento para evitar que nos genere unos efectos negativos que en ciertas ocasiones son irreversibles.

No es sencillo recibir las frustraciones, quejas, enfados... de los pacientes, puede resultar muy estresante porque siempre se intenta ayudar de buenas maneras, aunque sus formas no sean las correctas o, al menos, sean mejorables. Esto hace que el trabajador pierda la motivación, cambie su humor, incluso, sienta miedo a la posible agresividad de la persona con la que habla.

Todo esto puede llevar a procesos más graves como puede ser el estrés o la ansiedad. En muchas ocasiones genera malestar en el trabajo, se siente incapaz de llevar a cabo sus funciones, con desgaste emocional que repercute tanto en el ámbito laboral como en el personal.

2 Objetivos

- Conocer las causas que pueden generar estrés laboral en el auxiliar administrativo.
- Conocer los síntomas del estrés laboral.
- Conocer consejos y hábitos saludables para reducir el estrés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés laboral es “la reacción que pueda tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”.

El estrés generalmente es una respuesta a una causa externa. Desaparece una vez que se resuelve la situación.

Existen muchos factores que pueden generar estrés laboral en el auxiliar administrativo en el entorno sanitario, como pueden ser:

Las expectativas económicas, salario

La presión por parte de un superior

Actividades de gran responsabilidad

Funciones, órdenes contradictorias

Cargas excesivas de trabajo

Falta de posibilidades para conciliar la vida laboral y personal/familiar

Relaciones laborales con el equipo de trabajo

La constante atención al usuario.

Tensión vivida en servicios como urgencias, UCI, quirófano, ...

El estrés se puede manifestar de múltiples formas como problemas de corazón, digestivos, del sistema inmune, problemas musculares...

En el ámbito laboral, el estrés puede tener efectos como:

Bajo nivel de productividad

Absentismo no justificado o por enfermedad

Bajas relaciones laborales

Dificultad de concentración y memoria

Desorganización

A Continuación se proponen algunos consejos y hábitos saludables para reducir el estrés laboral:

Sé positivo. Recuerda siempre sonreír. La sonrisa se transmite de persona a persona.

Olvídate del estrés con una actividad física. Las personas activas tienen menos riesgo de padecer depresión, estrés o ansiedad.

Intenta no preocuparte y aprende a disfrutar de tu trabajo. Siempre puede haber problemas, inconvenientes, trabas... aprende a relativizar y a saber gestionarlos y priorizar. También es muy importante saber delegar en la medida de lo posible. Cuando sientas que lo necesitas haz una pausa de unos minutos que te ayude a despejarte.

Ponte metas razonables, no crearnos expectativas que no sean realistas.

Mantén organizada tu mesa de trabajo, el orden siempre genera seguridad.

Pon límites. Cuando algo nos sobrepase hay que notificarlo a nuestros supervisores.

Para tu tiempo libre busca motivación, algo que te evada (deporte, lectura, cocina...)

5 Discusión-Conclusión

“Debemos cuidarnos para poder cuidar”. Esta frase tiene especial sentido en el ámbito sanitario. Se debe tener muy presente, ya que cuidar es muy difícil, cuidar sin ser cuidado, o cuidar una persona enferma es mucho más complicado.

El estrés laboral crónico puede llevar a un estado de agotamiento emocional que algunas veces se acompaña de ineficiencia laboral, actitud distante frente a usuarios y compañeros e, incluso, la pérdida de habilidades comunicativas. No sólo repercute en el trabajo, habitualmente, y sin querer, estos problemas son llevados a casa y crea conflictos familiares. También puede generar en una causa de baja laboral, en España, las bajas laborales por ansiedad y/o estrés están aumentando mucho en los últimos años.

6 Bibliografía

1. CEM Prevención de riesgos laborales (2013). Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo
2. Secretaría de Salud Laboral CC.OO. Castilla La Mancha (2011). Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario

Capítulo 614

LA ESCUCHA ACTIVA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

MARIA JOSE MORA CEREZO

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

1 Introducción

Una de las principales funciones del auxiliar administrativo en el ambiente sanitario es la recepción y atención al paciente. Por lo que, es muy importante practicar una escucha activa que facilite su labor. El paciente se siente escuchado y, a la vez, valorado, con lo que es capaz de transmitir su mensaje de una manera más serena y certera, con confianza.

No es fácil practicar la escucha activa, generalmente cuesta bastante, aunque en la mayoría de las veces no somos conscientes de que no dejamos a la otra persona hablar, o que estamos pensando en nuestras cosas mientras otra persona nos está hablando. Pero, como cualquier otra habilidad social, se puede entrenar y

aprender. Con práctica y siendo conscientes de los errores que cometemos, se llega a alcanzar de forma eficiente.

La escucha activa es una estrategia de comunicación que consiste en la habilidad de escuchar el mensaje con conciencia plena. Escuchar a la otra persona con todos nuestros sentidos, siendo conscientes de que se está escuchando. Siendo muy importante hacer ver a la otra persona que la estamos escuchando, eso generará confianza y seguridad para seguir expresándose. En el auxiliar administrativo, primera toma de los pacientes, la escucha activa toma una importante única.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son dar a conocer la importancia de la escucha activa, para una buena atención y las pautas para llevarla a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A menudo utilizamos los verbos “oír” y “escuchar”, para referirnos a la misma cosa. Pero estos verbos no significan lo mismo, no es lo mismo oír que escuchar, se debe tener muy en cuenta y trabajar para aprender a escuchar, para conseguir mantener una escucha activa.

Según la RAE, escuchar significa prestar atención a lo que se oye. De aquí deducimos que la escucha activa es un acto voluntario, que requiere un esfuerzo por parte de la persona que escucha. Hay que poner interés para sentir lo que se está diciendo.

A través del ejercicio de la escucha activa, se transmite acogida, se inspira confianza, proporciona atención y abre a la persona a manifestar lo que realmente le preocupa.

¿Qué ayuda a la escucha activa?

- La paciencia
- El respeto
- Un tono de voz calmado
- Una postura corporal que indica que se presta atención.
- La mirada dirigida a la persona que habla, pero sin intimidar.
- Asentir y parafrasear, para dar a entender que estamos escuchando y entendiendo - perfectamente lo que nos dicen.

Técnicas y habilidades de la escucha activa

- Escuchar sin emitir un juicio
- Hacer preguntas específicas y abiertas
- Comportamiento no verbal positivo, mostrar con la postura corporal, los gestos, el movimiento de nuestras manos y la mirada la predisposición a escuchar.
- Evitar interrumpir. Dejar que termine de expresar lo que quiere.
- Parafrasear y hacer un resumen para asegurar que se ha entendido todo.
- Evitar los ruidos que entorpezcan la escucha.

Beneficios de la escucha activa

- Demostrar empatía con la otra persona.
- Mejora de la comunicación.
- Se anima a la otra persona a expresarse.
- Mejora la resolución de conflictos.
- Genera confianza con el emisor del mensaje.
- Propicia el desarrollo de buenos vínculos.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las técnicas de escucha activa ayuda al auxiliar administrativo en sus funciones a desarrollar, tanto en el desempeño con los pacientes como con el resto del equipo, imprescindible en la atención al paciente.

Desarrollar una escucha activa, permite un mayor conocimiento de las necesidades del paciente, con lo que lo podremos ayudar ofreciendo un mejor servicio y de mejor calidad, haciendo partícipe al paciente y a sus familiares.

Para todas las personas es muy importante sentirse escuchado, cuando hablamos de pacientes, esto cobra especial importancia, ya que están enfermos y tienen

unas necesidades que cubrir. Acuden al centro hospitalario con unas expectativas que no se pueden dejar de cumplir.

6 Bibliografía

1. <https://habilidadsocial.com/escuchaactiva>
2. <https://mejorarconsalud.as.com>
3. <https://www.avancespsicologicos.com>

Capítulo 615

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECCIÓN DE SUGERENCIAS QUEJAS Y RECLAMACIONES.

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

TERESA JAREÑO ROMERA

1 Introducción

Los auxiliares administrativos que trabajan en el ámbito sanitario, hospitales, centros de salud, son, principalmente, las primeras personas a las que acuden los usuarios o pacientes que vienen a presentar una queja, sugerencia o una reclamación, como consecuencia de una disconformidad.

Dado que los auxiliares administrativos son los funcionarios encargados de recibir y tramitar las quejas, reclamaciones o sugerencias que los usuarios demandan, deben de estar formados y cualificados para dar solución, tramitando la documentación correspondiente a las diferentes secciones y personal competente en la materia.

Es importante que los auxiliares administrativos traten a los usuarios con empatía y comprensión, ya que ayuda y facilita la interrelación con las personas y disminuye el estrés de los ciudadanos o pacientes que vienen a estos servicios, porque por distintos motivos, bien por demora, urgencia, de prioridad en el asunto de que trate; estos pueden interpretar que se sienten perjudicados y por ello pueden venir alterados y provocar altercados.

Las quejas o sugerencias no tendrán en ningún caso la consideración de recursos administrativos, ni paralizarán los plazos para interponer o resolver los mismos. Tampoco supondrán la renuncia al ejercicio de otras acciones o derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico. Las quejas, reclamaciones y sugerencias también pueden tramitarse por medios electrónicos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de la actuación de los auxiliares administrativos en la sección de quejas, sugerencias y reclamaciones en el ámbito de la sanidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio

4 Resultados

Las quejas, sugerencias y reclamaciones que los pacientes o usuarios presentan presencialmente o telemáticamente, ante las oficinas de registros habilitadas para ello, haremos nuestro estudio, centrándonos, principalmente, en los Servicios de Salud de Castilla La-Mancha.

En Castilla La-Mancha, existen espacios habilitados, en su página web, para poder presentar por medios electrónicos las diferentes quejas, reclamaciones o sugerencias y agradecimientos, relacionados con la prestación de los diferentes servicios sanitarios de los hospitales, centros de salud o centros dependientes del Servicio de salud de Castilla La-Mancha.

El registro electrónico permitirá la presentación de documentos todos los días del año durante las veinticuatro horas (artículo 31 de la Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común). El registro electrónico de cada Administración u Organismo se registrá, a efectos de cómputo de plazos, por la fecha y hora oficial de la sede electrónica a la que se acceda.

Estos documentos se pueden entregar también por escrito, en los Centros de Salud, Consultorios, Hospitales, en las oficinas habilitadas para ello.

La actividad recogida en este apartado, una vez recibida, por el personal auxiliar administrativo, será objeto de estudio y cotejo y serán derivadas, a los diferentes servicios o unidades habilitadas para ello, y dirigidas al personal competente en la materia, para su resolución.

Explicaremos brevemente, las siguientes definiciones:

- Queja, es la expresión de desacuerdo, desistimiento o insatisfacción con el servicio recibido o la prestación recibida.
- Sugerencia, es la proposición o propuesta que proponen o plantean los ciudadanos o pacientes para mejorar el funcionamiento de los servicios.

Cuando se presentan las reclamaciones, se acompañarán de una demanda. Las reclamaciones y sugerencias expresadas o formuladas, no tendrán la consideración o estimación de recursos administrativos, aunque sí ayudarán a que los ciudadanos participen de forma más activa en la mejora de los servicios de los centros sanitarios.

Las solicitudes serán tramitadas por el Servicio de Atención al Usuario de las Áreas Sanitarias y resueltas por la Gerencia del Área Sanitaria, la Dirección Gerencia del Servicio de Salud correspondiente. Los responsables de los centros sanitarios están obligados a responder a estas solicitudes. El plazo para tener una respuesta es de 30 días hábiles, y serán notificadas por correo ordinario.

Los auxiliares administrativos, que atienden las oficinas de asistencia en la sección referida, ayudarán y facilitarán a los ciudadanos, entre otras, en las funciones de: digitalización de documentos, registro, asistencia en la identificación y firma electrónica, ayuda en la iniciación de un procedimiento, facilitándoles el órgano, centro o unidad administrativa a la que tienen que dirigirse.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto en este capítulo anterior, todos los ciudadanos a los Servicios de Salud comprobamos la gran e importante novedad que existe al respecto, como es la tramitación electrónica, ya que facilita la relación con las Administraciones Públicas sin necesidad de desplazarnos. Y por supuesto, también las habituales, como la presentación personal en las oficinas correspondientes.

A través de las páginas web todos los ciudadanos pueden hacer llegar sus sug-

erencias, reclamaciones o agradecimientos relacionados con la prestación de los servicios sanitarios en los hospitales, centros de salud o cualquier otro centro dependiente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 616

EL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS. FUNCIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS REALIZADAS POR EL CELADOR DE CONSULTAS

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

1 Introducción

Se entiende como consultas externas de los centros hospitalarios aquellas actuaciones médicas realizadas por los médicos especialistas en sus consultas. Las consultas externas se convierten en el área donde son atendidos un mayor número de pacientes, siendo el ámbito sanitario en el cual la población siente una mayor cercanía de la atención médica prestada.

Los pacientes y usuarios que acuden al servicio de consultas externas de los centros hospitalarios es debido a que desde la atención primaria han sido derivados a la atención especializada, puesto que sus necesidades médicas no pueden ser atendidas en la atención primaria.

A este tipo de consultas externas acuden en la modalidad de consulta programada aquellos pacientes que han recibido el alta recientemente y necesitan una continua valoración médica.

Por último, a este servicio pueden acudir los pacientes que requieran de la realización de procedimientos, técnicas y pruebas complementarias, las cuales no son realizadas en los centros de especialidades y no se requiere el ingreso del paciente en el centro hospitalario para la realización de dichas pruebas.

Las consultas externas que pueden localizarse en los centros hospitalarios abarcan a toda la población, ya sean pacientes pediátricos o pacientes adultos. Estas consultas son:

- Alergias.
- Anestesia.
- Cirugía general.
- Cirugía plástica.
- Cardiología.
- Digestivo.
- Dermatología.
- Endocrino.
- Ginecología.
- Geriátrica.
- Hematología.
- Logopedia.
- Neurofisiología.
- Neurología.
- Neumología.
- Nefrología.
- Nutrición.
- Oftalmología.
- Oncología.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría.
- Pediatría.
- Rehabilitación.
- Reumatología.

- Traumatología.
- Urología.
- Unidad del dolor.

2 Objetivos

- Detallar el funcionamiento de las consultas externas dentro de los centros hospitalarios.
- Enumerar las consultas externas en las que los celadores desarrollan su actividad laboral.
- Conocer las funciones ejecutadas por los celadores con el paciente de consultas externas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las consultas externas de los centros hospitalarios se encontrarán reunidas en su totalidad en una de las áreas en el centro sanitario, facilitando así al paciente y usuario su localización.

El número de celadores que se encuentra escrito a las consultas externas dependerá del número de pacientes atendidos en cada una de ellas, así como el número de consultas que se pueden encontrar en la cartera de servicios de cada centro hospitalario.

Las funciones de los celadores desarrolladas en las consultas externas pueden clasificarse en dos grandes grupos, por un lado, las funciones generales a todas las consultas, y por otro lado, las funciones realizadas a los pacientes y usuarios que acuden a dichas consultas.

Funciones generales realizadas para conseguir un mejor funcionamiento de las consultas externas.

- Realizar aquellas funciones ordenadas por sus superiores para mejorar el funcionamiento de las consultas externas.
- Trasladar los pedidos semanales desde el servicio de farmacia.
- Trasladar los pedidos semanales desde el servicio de almacén general del centro hospitalario.

Funciones realizadas por los celadores a los pacientes y usuarios ambulantes que acuden a dichas consultas.

- Informar a los pacientes y usuarios de la localización de las consultas.
- Informar a los pacientes y usuarios de la localización de las citaciones para las consultas externas.
- Informar a los pacientes y usuarios de los horarios de cada una de las consultas externas en el centro hospitalario.
- Auxiliar a pacientes y usuarios con la máquina con la cual se consigue el turno para entrar a las consultas externas.
- Auxiliar a pacientes y usuarios para la emisión de justificantes de asistencia a través de las máquinas.

Funciones realizadas por los celadores a los pacientes y usuarios hospitalizados que acuden a dichas consultas.

- Trasladar a los pacientes hospitalizados a la consulta previamente programada antes de su ingreso.
- Trasladar a los pacientes hospitalizados a la consulta externa que le ha sido solicitada por el médico al que se encuentra a cargo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en las consultas externas de los centros hospitalarios. Funciones generales y específicas realizadas por el celador de consultas” nos demuestra en primer lugar, el funcionamiento de las consultas externas dentro de los centros hospitalarios. En segundo lugar, las funciones realizadas por los celadores en el servicio de consultas externas dentro de los centros hospitalarios.

Es importante destacar que durante la jornada laboral son multitud de consultas en las que los celadores desarrollan su actividad profesional, dándose lugar la petición de varias consultas para que el celador actúe en ellas. Es por ello por lo que los celadores deberán primar la urgencia de sus acciones y realizar aquellas de mayor importancia dejando para el final las de menor relevancia.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 617

LA ERGONOMÍA EN LA OFICINA DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MARIA JOSE MORA CEREZO

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

1 Introducción

Según Wikipedia la ergonomía es la disciplina que se encarga del diseño de los lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y capacidades de los trabajadores.

Según estudios, dentro de las dolencias más comunes en el sector sanitario, con respecto al tema del que estamos tratando, encontramos lesiones musculares, tendinitis, daños en articulaciones, ligamentos y nervios. Estos problemas llegan a causar inflamación, disminución de la fuerza, reducción de la movilidad y/o dolor.

La ergonomía ambiental se centra en el estudio de las condiciones físicas del trabajador durante su jornada laboral, con el objetivo de conseguir que los trabajadores puedan desempeñar sus funciones en condiciones adecuadas.

Existen cuatro tipos de ergonomía:

- Ergonomía física: adecuación del entorno físico a la persona
- Ergonomía cognitiva: adecuación del entorno a las capacidades y necesidades psicológicas de los trabajadores.
- Ergonomía organizacional: organización de las actividades que lleva a cabo cada trabajador, la gestión de recursos humanos, la cultura de trabajo.
- Ergonomía ambiental: adecuación del ambiente de trabajo, valorando la iluminación, el nivel de ruido, la temperatura, la ventilación y otros factores que puedan afectar a los trabajadores.

En definitiva, el objetivo de la ergonomía es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del trabajador.

2 Objetivos

- Conocer las posturas inadecuadas más habituales en el trabajo de oficina
- Conocer cómo mejorar nuestra ergonomía en el puesto de trabajo

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

POSTURAS INADECUADAS MÁS HABITUALES EN EL TRABAJO DE OFICINA

- Mantener la cabeza girada debido a la mala colocación de la pantalla o mala orientación de la mesa.
- Falta de apoyo en la espalda, al no tener sillas que cumplan los requisitos de ergonomía.
- Elevación o caída de hombros por mal ajuste en altura mesa-silla.
- Falta de apoyo para los antebrazos y muñecas debido a falta de espacio por escasa superficie de la mesa de trabajo.
- Extensión y desviación de la muñeca al teclear.

¿CÓMO MEJORAR EL PUESTO DE TRABAJO?

- En primer lugar se debe disponer del espacio suficiente para poder moverte con facilidad y comodidad.
- El ordenador debe estar en el centro de la mesa de trabajo, de esta manera tendremos espacio a ambos lados para dejar documentos. Debemos mantener una distancia adecuada de la pantalla con nuestros ojos, alrededor de unos 40cm.
- El teclado no debe estar en el borde de la mesa, se debe dejar un espacio mínimo de 10cm.
- Para introducir de forma continuada datos en el ordenador se debe usar un atril como soporte de documentos.
- La silla debe estar bien ajustada a las características del trabajador y la tarea realizada. La espalda debe estar apoyada en la zona lumbar completamente.
- Es recomendable el uso de un reposapiés.
- Debe haber espacio suficiente detrás de la silla para permitir movimientos.

LA POSTURA ADECUADA EN EL TRABAJO DE OFICINA SERÍA:

- Columna erguida apoyada en el respaldo de la silla.
- Cabeza levantada, ojos en línea recta con el monitor.
- Pies siempre apoyados en el suelo o reposapiés.
- Rodillas en ángulo recto con respecto al suelo.
- Antebrazos apoyados en la mesa. El teclado debe estar a una distancia de unos 10 cm del borde de la mesa.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, un tercio de las bajas laborales existentes en el ámbito sanitario son debidas a la ergonomía.

Es importante promover cursos sobre buena ergonomía, buena postura corporal, escuela de espalda, etc., con el fin de conseguir el bienestar de los trabajadores.

No son necesarios grandes cambios, ni grandes inversiones, con pequeños gestos podemos conseguir mejorar mucho. Una mesa de tamaño adecuado es muy importante, tener espacio suficiente para una buena movilidad.

Diseñando un buen plan de medidas que eviten daños ergonómicos en el trabajo, los beneficios pueden ser cuantiosos: el trabajador desarrollará sus funciones más seguro y será más eficiente al sentirse protegido y cuidado.

6 Bibliografía

1. www.observatoriorh.com/productividad
2. www.elsevier.es
3. www.cigna.com
4. www.ucm.es/media

Capítulo 618

EL CELADOR DE QUIRÓFANO. FUNCIONES DE REFUERZO AL RESTO DE QUIRÓFANOS Y A LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

1 Introducción

Se entiende como el quirófano al lugar físico donde se desarrollan las intervenciones quirúrgicas a los pacientes. Mientras que el bloque quirúrgico se entiende al conjunto de quirófanos y a las unidades anexas a los quirófanos como son: almacenes de material, pasillo de limpio, pasillo de sucio, antequirófano, vestuarios y sala de reanimación.

Se entiende como unidad de reanimación aquel lugar físico dentro del bloque quirúrgico donde son trasladados los pacientes una vez han sido intervenidos, con la finalidad de controlar sus constantes hasta que despiertan y puede ser trasladados a las plantas de hospitalización o en su caso, a la unidad de cuidados intensivos.

Todo el personal sanitario y no sanitario deberá tener en cuenta una serie de normas básicas para mantener la asepsia en los quirófanos, evitando de esta manera posibles infecciones en los pacientes tras las operaciones.

Normas básicas para mantener la asepsia dentro del bloque quirúrgico.

- Vestir la indumentaria exclusiva del bloque quirúrgico formada por: pijama verde o azul y mascarilla, guantes, gorro y calzas desechables.
- Está totalmente prohibido salir con la vestimenta de quirófano al resto de unidades del centro hospitalario. Si fuese necesario la salida del celador del bloque quirúrgico deberá cambiarse de vestimenta.
- Está totalmente prohibido tocar el campo estéril una vez situado en la sala de intervenciones.
- La entrada a la sala de intervenciones una vez iniciadas las operaciones será exclusiva del celador titular de ese quirófano.

2 Objetivos

- Definir los conceptos básicos relacionados con el bloque quirúrgico.
- Conocer el funcionamiento de los celadores de refuerzo en el bloque quirúrgico.
- Detallar las funciones desarrolladas por los celadores de refuerzo en el bloque quirúrgico ayudando al resto de celadores fijos en los quirófanos.
- Enumerar las normas básicas para mantener la asepsia dentro del bloque quirúrgico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro del bloque quirúrgico desarrollarán sus funciones laborales profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios.

Los profesionales no sanitarios que intervienen será el equipo de limpieza y el equipo de celadores, los cuales a su vez se dividirán en celadores titulares de los

quirófanos y celadores de refuerzo al resto de profesionales dentro y fuera del bloque quirúrgico.

La principal función de los celadores de refuerzo será ayudar al resto de celadores a realizar aquellas tareas que no pueden realizar mientras se encuentran dentro del quirófano, siendo funciones exclusivas del celador de refuerzo trasladar a los pacientes a las plantas de hospitalización que han sido dados de alta en la unidad de reanimación.

A continuación, se van a detallar las funciones desarrolladas por los celadores de refuerzo tanto dentro del bloque quirúrgico como dentro de él.

Funciones de los celadores de refuerzo en el interior del bloque quirúrgico.

- Ayudar al equipo de enfermería y a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con la movilización de los pacientes que se encuentran en la unidad de reanimación.
- Realizar las altas de los pacientes que han sido intervenidos y pueden regresar a la planta de origen en su ingreso.
- Trasladar a los pacientes que han sido intervenidos a la unidad de cuidados intensivos.

Funciones de los celadores de refuerzo fuera del bloque quirúrgico.

- Trasladar a los laboratorios correspondientes las analíticas extraídas durante las intervenciones o en la preparación a la intervención realizada o bien en el antequirófano o bien en la unidad de reanimación.
- Trasladar a la unidad de anatomía patológica las muestras extraídas de los pacientes durante las intervenciones para que puedan ser analizadas y demostrar el diagnóstico clínico por el cual se ha realizado la intervención.
- Trasladar al servicio de esterilización el material utilizado durante las intervenciones para que este pueda ser limpiado y desinfectado y esterilizado por el equipo profesional de dicha unidad.

-

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal de quirófano. Funciones de refuerzo al resto de quirófanos y a la unidad de reanimación” nos demuestra las funciones llevadas a cabo por aquel celador que se encuentra de refuerzo durante la jornada laboral.

Cabe destacar que la figura del celador de refuerzo en el bloque quirúrgico es tan importante como los celadores titulares de los quirófanos, puesto que son

los encargados de descongestionar el servicio, facilitando de esta manera el funcionamiento del bloque quirúrgico sin interrupciones.

Es importante hacer hincapié en que los celadores que formen parte del bloque quirúrgico deberán tener en cuenta una serie de normas para mantener la asepsia dentro del bloque quirúrgico durante la realización de sus funciones.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 619

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

MARÍA CELIBERTI RIBERA

1 Introducción

El servicio de radiología es uno de los servicios más solicitados en los centros hospitalarios, donde se realizan todas las pruebas de imagen que ayudan a diagnosticar, pronosticar y tratar la enfermedad; se generan imágenes del interior del cuerpo para poder establecer un diagnóstico.

Estas pruebas son fáciles de realizar y por lo general indoloras; se utilizan las imágenes, datos morfológicos y funcionales adquiridos mediante radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía como soporte básico.

Las más frecuentes son: resonancia magnética, ecografía, mamografía, RX, TAC...

Este servicio cuenta con el siguiente personal: jefe de servicio, médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos en radiodiagnóstico, auxiliares administrativos y celadores.

El celador es el profesional encargado de garantizar la funcionalidad dentro de los centros hospitalarios, y es el responsable de vigilancia, traslados y documentos, movilización de pacientes y demás tareas auxiliares que permite la colaboración con el resto del personal sanitario y de todas aquellas tareas que le sean encomendadas por un superior.

Los celadores son una parte esencial en este servicio, sobre todo en el manejo y traslado de pacientes, para que la calidad asistencial sea la más adecuada en cada caso, atendiendo a diferentes funciones a realizar, como por ejemplo la identificación del paciente, la comunicación al control del traslado y el mismo traslado en sí. Los celadores deben estar debidamente formados para realizar su trabajo.

2 Objetivos

- Describir las diferentes funciones a realizar por los celadores y celadoras en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica tanto en temarios de oposiciones como en diferentes artículos que aparecen en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo, así como en Google académico.

4 Resultados

El celador es el primer contacto que tiene el paciente en el servicio de radiología, por lo que es muy importante saber, a parte de las funciones generales, las funciones específicas dentro de este servicio. Procedemos a enumerarlas a continuación:

- La función principal es la del traslado del paciente desde la habitación en planta al servicio y viceversa, excepto si el traslado se realiza desde Urgencias, que lo llevará a cabo el celador de ese servicio.
- Identificar al paciente según la documentación recibida por parte de enfermería y proceder a su traslado teniendo en cuenta el estado del paciente para saber si lo tenemos que llevar en una silla de ruedas, en la cama... según las directrices que nos den.
- Avisar al control de planta donde está ubicado el paciente de su traslado.
- En todo el trayecto estar pendiente del estado del paciente así como al material sanitario que lleve consigo (bala de oxígeno, suero, bolsas de orina...)
- Una vez en el servicio de radiodiagnóstico, ayudarán al personal allí presente a colocar y mover al paciente para la realización de las pruebas necesarias con cuidado y precaución.

- Una vez terminadas las pruebas, volveremos a llevar al paciente al servicio/planta de la que lo hemos recogido.
- El celador también es el encargado de transportar el equipo de RX portátil donde nos indiquen los técnicos de radiodiagnóstico, puesto que hay veces que según el paciente no es posible su traslado al servicio, allí ayudaremos a los técnicos en la colocación del paciente para ponerle la placa.
- Tramitarán y llevarán las comunicaciones verbales, documentación, correspondencia... que les manden sus superiores en la mayor brevedad posible.
- El celador siempre debe estar localizado.
- Ante cualquier duda o pregunta del paciente o familiares, el celador nunca podrá hacer comentarios sobre diagnósticos, tratamientos que se estén haciendo y pronósticos de la enfermedad. Siempre tendrán que orientar sus respuestas hacia el equipo médico que está encargado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores en el servicio de radiodiagnóstico tienen un papel muy importante, ya que junto a los distintos profesionales son responsables de la buena calidad asistencial del mismo, puesto que son éstos el primer eslabón con el que toman contacto los pacientes en el servicio deben conocer todas las funciones específicas de su puesto de trabajo.

Tienen que ejecutar sus funciones con diligencia, buen hacer y confidencialidad, además de tener unos conocimientos y habilidades necesarios para realizar su trabajo, como pueden ser: empatía para ponernos en el lugar del paciente, paciencia para poder tolerar los “problemas” que puedan surgir en el día a día, trabajo en equipo para conseguir los mejores resultados , resolución de imprevistos...

6 Bibliografía

1. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>
2. <https://revistamedica.com/eficacia-eficiencia-celadores-radiodiagnostico>
3. <https://campustraining.es/noticias/que-es-radiodiagnostico/>
4. <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-radiologia/>

Capítulo 620

EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

1 Introducción

La movilización de pacientes, la cooperación con la limpieza de pacientes inmovilizados junto con otros compañeros como auxiliares de enfermería y enfermeras, y los cambios de posición en la cama son solo algunas de las muchas tareas que realizan los celadores. También acompañan al paciente, lo trasladan a los distintos servicios del centro hospitalario, lo tranquilizan y le brindan apoyo emocional a él y a su familia.

La mayoría de las veces se requieren grúas especiales para este tipo de tareas para poder realizarlas.

Especialmente cuando nos encontramos con pacientes de edad avanzada que son significativamente obesos o que debido a su enfermedad no pueden moverse,

no solo son físicamente dependientes, sino que también tienen discapacidades mentales.

La grúa es una herramienta utilizada por los celadores que facilita enormemente su trabajo y les ayuda a evitar sufrir lesiones en brazos y espalda.

Se utiliza principalmente en atención especializada, es decir, tanto en centros hospitalarios públicos como privados. Sin embargo, también podrían utilizarse en casa, en residencias de ancianos o en centros sanitarios privados, en este caso por familiares y otros cuidadores de personas enfermas.

Es fundamental conocer las instrucciones proporcionadas por los fabricantes y las reglas a seguir para el correcto posicionamiento del arnés y del paciente.

2 Objetivos

Describir las funciones de un celador en el manejo de la grúa hospitalaria

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos y agendas de oposición de la misma categoría.

4 Resultados

La grúa es una herramienta utilizada por los celadores que facilita enormemente su trabajo y les ayuda a evitar sufrir lesiones en brazos y espalda.

Los arneses, que vienen en una variedad de tipos, son un elemento de las grúas. Debido a su proximidad al cuerpo del paciente y al contacto directo con él, es uno de los componentes clave. La seguridad física del paciente depende tanto del arnés como del personal médico que le brinda atención. Independientemente de que sean celadores, enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos, etc.

Hay diferentes tipos de movilizaciones, como pasar de una cama a otra o de una cama a una silla, y es importante utilizar el mejor arnés para la circunstancia que se presente. Los diferentes arneses sirven para diferentes propósitos.

Es fundamental conocer las instrucciones proporcionadas por los fabricantes y las reglas a seguir para el correcto posicionamiento del arnés y del paciente.

Se recomienda encarecidamente que haga lo siguiente:

-Seguir las indicaciones proporcionadas por el fabricante en los manuales de instrucciones del producto.

Según las dimensiones de la habitación, la grúa debe colocarse lo más cerca posible de la cama. La cama del paciente quedará horizontal con el freno aplicado. La grúa también estará debidamente frenada.

-El paciente se rotará en decúbito lateral, y el arnés no debe tener pliegues que puedan dañar el cuerpo del paciente. Luego se devolverá al paciente a la posición supina.

-Asegúrese de que todo esté conectado de forma segura y correcta. Para evitar percances y daños a las personas, esto es crucial.

-En un esfuerzo por aumentar la estabilidad, abriremos los ángulos de las patas de la grúa.

-Indicar que existen muchos tipos diferentes de grúas disponibles, incluidas grúas de pie, grúas ortopédicas móviles o de techo fijo, grúas para uso en bañeras y duchas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la naturaleza del trabajo realizado, al celador a menudo le duele la espalda, los brazos y el cuello. En ocasiones, cuando se moviliza al paciente, no se presta atención a los movimientos, lo que produce tirones musculares y lesiones que derivan en posturas incorrectas. El celador debe mover al paciente, ayudar en la limpieza, cambiarle la cama, trasladarlo a una silla de ruedas y otras tareas. El uso de la grúa ha demostrado ser muy beneficioso para el tipo de trabajo ordenado. Los usuarios se sienten más seguros y confiados gracias a la importante reducción de peso. Sería muy recomendable la presencia de suficientes de estas herramientas en todas las instalaciones médicas. Llevar a cabo sesiones de capacitación para los empleados recién contratados para evitar problemas de salud, días de enfermedad, etc.

Por otro lado, su uso en el hogar hace posible que muchas personas puedan cuidar de sus seres queridos, lo que sería más complicado sin una grúa.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/>

-<https://fisiostar.com/celador/dispositivos-y-materiales-para-ayudar-en-lamovilizacion-de-pacientes>

Capítulo 621

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UN QUIRÓFANO HOSPITALARIO

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

1 Introducción

Las áreas quirúrgicas, también conocidas como quirófanos, son una de las Áreas Asistenciales más importantes de las unidades interiores de un hospital, por lo que es crucial que los celadores y el resto del personal del hospital tengan un amplio conocimiento de todos sus componentes individuales (estructura, dimensiones, composición, etc.) ya que es en este campo médico donde se crearán las intervenciones sanitarias más complejas.

Es importante comprender el concepto de quirófono. Un quirófono es un lugar en un hospital u otro entorno de atención médica donde diversas cirugías realizan una variedad de operaciones e intervenciones quirúrgicas. En su interior deben existir las mejores y más precisas prácticas de higiene, desinfección y esterilización.

Hay varias áreas diferenciadas en los quirófanos o áreas quirúrgicas:

Zona Negra: Esta es un área sin restricciones sobre quién puede ingresar. Con ropa normal o cualquier uniforme, podrás acceder a él. Esta región se denomina "área sucia" y se extiende desde el inicio o entrada del bloque quirúrgico hasta los vestuarios y el área de recepción de pacientes.

- **Zona Gris o Semilimitada:** Para ingresar y permanecer dentro de esta zona se deberá utilizar zuecos quirúrgicos, gorra y uniforme aséptico.

- **Zona Blanca:** Zona Limitada o zona estéril, exigiendo el uso de mascarilla FFP2, zuecos, gorro, guantes y uniforme aséptico. En esta área se ubican el quirófano, la sala anteoperatoria, las instalaciones propias y la sala de lavado de manos prequirúrgico.

Uno de los principales deberes de un celador en un quirófano o área quirúrgica es conocer perfectamente todas las áreas que componen dicha área y actuar en cada una de ellas de acuerdo con los protocolos de actuación del quirófano. También deben respetarse las normas que rigen estos ámbitos y deben desempeñar sus funciones con la mayor habilidad posible.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en el quirófano hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se hizo una recopilación de una variedad de fuentes académicas, incluidos en los libros especializados sobre el tema, fuentes de Internet como es Google y en los artículos de los tres principales portales de artículos científicos y bases de datos: Pubmed, Medline. y Scielo.

4 Resultados

Los celadores y el resto del personal de los centros hospitalarios que trabajan dentro del servicio de un quirófano, deben tener amplio conocimiento de todos sus componentes individuales y seguir los protocolos establecidos en el.

En este sentido, se detalla como resultados lo establecido en el así como los deberes del celador en el quirófano de un hospital.

En el quirófano, el celador es responsable de realizar las siguientes funciones:

- Asistir al personal médico como médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, en cada una de las tareas esenciales de estos servicios.
- Trasladar a los pacientes con todos los trámites e historias clínicas necesarios desde sus habitaciones del hospital al quirófano correspondiente.
- Ayudar al personal médico en el posicionamiento del paciente en la mesa de operaciones y en la propia mesa de operaciones.
- Mover lo necesario elementos dentro del equipo o mobiliario portátil de rayos X mientras transporta el equipo o mobiliario necesario para la intervención.
- Mover registros, datos y pruebas generadas durante la intervención a diversas ubicaciones, incluyendo patología, laboratorio, etc.
- Traslado de pacientes fallecidos a la morgue del hospital y colocación en cámaras frigoríficas.
- Permanecer en el área preoperatoria del hospital durante la progresión de la intervención quirúrgica, en caso de que se necesiten sus servicios.
- Cumplir todas las normas de higiene, desinfección y esterilización del quirófano.
- Traslado de pacientes intervenidos desde el quirófano al área de recuperación o anteoperatorio.
- Vigilar la entrada y salida del personal de quirófano e impedir la entrada de cualquier persona que no esté autorizada.
- Identificar y dejar claro a sus superiores en la cadena de mando jerárquica cualquier deterioro, daño o anomalía que descubran durante la limpieza y mantenimiento rutinario del área quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

En pocas palabras, la presencia del celador en el quirófano es un eslabón crucial en la cadena de asistencia e intervenciones quirúrgicas que se realizan todos los días. Su actitud en el día a día en el quirófano con el equipo sanitario multidisciplinar debe ser de perfecta sintonía y total empatía con todos ellos, ya que de su colaboración eficaz y entendimiento compartido se obtendrán buenos resultados. Dado que los aspectos más significativos del trabajo hospitalario se desarrollan en esta área hospitalaria, la figura del celador en el quirófano del hospital debe representar altos niveles de profesionalismo y experiencia en el desarrollo del ambiente quirúrgico

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/>

- Pubmed

Capítulo 622

EL PINCHE DE COCINA Y EL MANEJO DE LOS PRODUCTOS CONGELADOS

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Con el fin de extender la vida útil y garantizar la seguridad alimentaria, los productos congelados para consumo humano en los hospitales incluyen alimentos como carne, pescado, verduras y platos preparados. Estos productos son cruciales para las cocinas de los hospitales porque ofrecen un sustituto útil y asequible de los alimentos frescos.

Apoyan el mantenimiento de un suministro constante de alimentos para los pacientes. Para evitar la contaminación y garantizar la seguridad del paciente, es fundamental cumplir con estrictas pautas de higiene y manipulación de alimentos.

Además de los beneficios mencionados, la posibilidad de almacenar y transportar productos congelados para consumo humano en hospitales permite su conservación sin requerir refrigeración constante, en buen estado por periodos de tiempo más prolongados. Esto es crucial porque permite a los hospitales con una gran demanda de alimentos mantener un suministro constante.

Debido a que los alimentos congelados son menos costosos que los frescos, se pueden comprar en mayores cantidades y almacenarse durante períodos de tiempo más prolongados sin tener que preocuparse por su deterioro. Esta es otra ventaja del uso de alimentos congelados para consumo humano en los hospitales. Para garantizar que la comida de los pacientes sea segura, es fundamental que el personal de cocina cumpla estrictamente las normas establecidas.

2 Objetivos

Describir la importancia de las tareas del ayudante de cocina en cuanto al manejo de los alimentos congelados durante el proceso de preparación y conservación.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó la realización de una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se realizaron búsquedas exhaustivas de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos, Google y Google Academy, y solo se eligieron publicaciones académicas revisadas por pares con contenido científico.

4 Resultados

Al manipular productos congelados para consumo humano en los hospitales, es fundamental cumplir con estrictas normas de higiene y manipulación de alimentos. Esto implica mantener los productos a la temperatura adecuada, prevenir la contaminación de los alimentos y garantizar que los productos se cocinen a la temperatura adecuada antes de servirlos a los pacientes. Además, dado que estos alimentos normalmente se pueden preparar más rápida y fácilmente que los alimentos frescos, los cocineros pueden preparar comidas para los pacientes de manera más eficaz.

De esta manera se puede garantizar el acceso de los pacientes a alimentos seguros y de alta calidad en aras de su recuperación y de su bienestar general.

Es fundamental cumplir con las siguientes reglas al manipular, conservar y mantener las temperaturas adecuadas de los alimentos congelados en las cocinas de los hospitales.

- Almacenamiento: Para evitar el crecimiento de bacterias, guarde los productos congelados en un congelador a -18°C o menos. Para evitar la contaminación y la entrada de aire, los productos congelados deben almacenarse en contenedores sellados.
- Descongelación segura y adecuada de productos congelados. No se debe permitir que los alimentos alcancen la temperatura ambiente mientras se descongelan; en cambio, conviene hacerlo en el microondas o en el frigorífico.
- Temperatura: asegúrese de que los alimentos congelados se mantengan a una temperatura segura, verificando la temperatura del artículo de forma regular.

Evite llenar demasiado el congelador y no guarde alimentos congelados en el frigorífico durante períodos prolongados.

- Higiene: Mantener las áreas de trabajo ordenadas y libres de contaminación. Utilice guantes de un solo uso y objetos y superficies limpias y esterilizadas.

Cocine los alimentos congelados hasta que alcancen una temperatura interna segura de 74 °C. Utilice un termómetro para carnes para comprobar la temperatura interna antes de servir.

- Rotación: para asegurarse de que los productos más nuevos se utilicen primero, utilice un sistema de rotación de primero en entrar, primero en salir.

Para garantizar la seguridad alimentaria y detener la propagación de enfermedades, los ayudantes de cocina deben cumplir con estas reglas. Para garantizar que los pacientes reciban alimentos desinfectados y de alta calidad, es fundamental una manipulación adecuada y un control de la temperatura.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado, los hospitales deben utilizar productos congelados para consumo humano como un sustituto práctico y rentable de los alimentos frescos para mantener un suministro constante de alimentos para los pacientes en las cocinas de los hospitales. Para garantizar que los alimentos de los pacientes sean seguros, es fundamental cumplir con estrictas normas de higiene y manipulación de alimentos.

Como ayudante de cocina en un hospital, creo que utilizar productos congelados es una excelente manera de garantizar que los alimentos que comen los pacientes sean sanos y saludables. Sin embargo, es crucial.

Recuerde que garantizar la seguridad alimentaria y prevenir la propagación requiere de una manipulación, conservación y temperaturas adecuadas.

6 Bibliografía

1. Flores, F., Hodeln, M.C. y Rodríguez O. Dietas en instituciones hospitalarias. MEDISANO. 2012;16:1600-10.

Capítulo 623

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE AMBULANCIA HOSPITALARIA

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

1 Introducción

Dependiendo del puesto y los requerimientos de cada gerencia, las funciones del celador de ambulancia pueden cambiar. En este capítulo nos concentraremos en el comportamiento de un celador cuando un equipo de salud de una ambulancia transporta a un paciente a la sala de emergencias.

Estatuto del Personal no Sanitario que presta servicios en los establecimientos médicos de la Seguridad Social. Las responsabilidades señaladas en el Estatuto anterior siguen vigentes, a pesar de la creación de un nuevo Estatuto Marco y en Estatuto del Personal no Sanitario que presta servicios en los establecimientos médicos de la Seguridad Social.

El trabajo en equipo eficaz y la comunicación entre los distintos equipos sanitarios y no sanitarios son esenciales en un servicio de urgencias. Hay varias

unidades dentro de un servicio de emergencia. Son algunos de ellos: salas de consulta y triaje, salas de urgencias generales (boxes), salas de observación, unidad de reanimación, salas de cirugía y traumatología y servicio de imágenes para diagnóstico urgente. El lugar donde se diagnostica y trata a un paciente dependerá de la condición o lesión que tenga cuando visite la sala de emergencias.

Equipos médicos y de enfermería, así como personal no sanitario, están siempre disponibles para realizar las tareas necesarias en las urgencias hospitalarias, un servicio que está disponible todos los días del año.

2 Objetivos

- Describir y conocer los deberes y funciones de un celador que desempeña en una unidad de la ambulancia de urgencias.

3 Metodología

Para este capítulo se ha realizado una revisión de la literatura sobre las funciones de los celadores en los servicios de emergencia, analizando fuentes tanto primarias como secundarias. Para ello se han localizado libros, revistas de salud y contenidos académicos oficiales utilizando el buscador Google Academic.

4 Resultados

El celador es el encargado de dirigir al equipo sanitario de la ambulancia a las salas de triaje cuando llevan a una persona enferma o paciente a urgencias. Un equipo de enfermería realizará un diagnóstico preliminar para valorar la gravedad del caso y la urgencia que requiere. El personal de enfermería designa una ubicación para el paciente en caso de que se determine un nivel IV (nivel inferior de urgencia). La ubicación variará dependiendo de la condición que presente el paciente. Normalmente, un paciente es trasladado de una camilla de ambulancia a una camilla de emergencia en una sala de transferencia. De ello se encargarán los celadores que se encuentran en este puesto y el equipo sanitario de la ambulancia. La comunicación entre los equipos presentes debe ser eficiente para que el paciente sea movilizado correctamente. Al hacer esto, se conocerá la posible lesión, dolencia o enfermedad y luego se movilizará al paciente de alguna manera. Para ello se utiliza un dispositivo llamado Transfer (tablero liso y duro). Facilita el traslado de pacientes de una camilla a otra, mientras minimiza

el impacto y evita que la lesión del paciente empeore. El Transfer debe colocarse debajo del paciente de manera que llene el espacio entre las dos camillas que están paralelas entre sí. Un grupo de personas moviliza al paciente en rotación y traslación a la vez. De acuerdo con los síntomas del paciente, se modifica la posición de la camilla. A modo de ejemplo, si un paciente tiene disnea, la cabeza nunca quedará al mismo nivel que los pies. En su lugar, se incorporará el respaldo para ayudar al paciente a respirar lo más fácilmente posible. Otro ejemplo: cuando un paciente llega con un traumatismo y una posible fractura de cadera, la camilla se mantendrá lo más plana posible para evitar la presión sobre la cadera y así disminuir el dolor del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El cuidador debe trasladar al paciente de una habitación a otra respetando los procedimientos y normas establecidos.

El celador ayudará y asistirá al personal médico y de enfermería a la vez que estará a cargo y será responsable del transporte del paciente en esta situación.

Cuando el paciente con el que llega el equipo de salud de la ambulancia tiene un pre diagnóstico de mayor gravedad, se prioriza su atención llevándolo a sala de reanimación si se cumplen los criterios y, de ser necesario, su ingreso a la unidad de cuidados intensivos/unidad de vigilancia intensiva (UCI), por eso el celador debe estar capacitado para estos cometidos.

6 Bibliografía

<https://dialnet.unirioja.es/>
www.revistamedica.com

Capítulo 624

AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA

TERESA JAREÑO ROMERA

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

1 Introducción

La tarjeta sanitaria es una acreditación administrativa exclusiva, individual, singular y personalizado, por el cual, garantiza, acredita y justifica un derecho para acceder a la asistencia sanitaria pública. Es un documento administrativo cómo el cual emiten todas las Comunidades autónomas en el sistema nacional de salud a todos los usuarios que residen en sus distintos ámbito territoriales y tienen garantizado y asegurado responder sobre el derecho a la asistencia sanitaria pública en todo el territorio nacional de salud.

La tarjeta sanitaria individual nos asegura y respalda el derecho a recibir asistencia sanitaria pública en todo el territorio España, siempre y cuando sean o dependan de centros e instituciones sanitarias públicas, e introduce e incorpora la aportación farmacéutica paralela y propia al titular y a sus beneficiarios, asignada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Es un código y porcentaje de aportación adjudicado en función de su condición laboral bien sea activo o pensionista.

Las unidades administrativas de los Centros de Salud , Consultorios, centros de especialidades y hospitales son la puerta de entrada de los ciudadanos/as a nuestro sistema de salud, por lo que ante una persona que solicita información sobre la obtención de la tarjeta sanitaria, se realizará una correcta comprobación e identificación sobre lo que el ciudadano demanda y su situación actual, es necesario comprobar minuciosamente si ya está registrado ese usuario/paciente dentro del sistema de Salud.

La solicitud y gestión de la misma se realiza en el Centro de Atención Primaria que corresponda a su domicilio según el Mapa Sanitario del Comunidad Autónoma, siendo el Auxiliar Administrativo quien se encarga de tramitar la solicitud y alta en el sistema.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo de los servicios de salud en relación con la gestión de la tarjeta sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Con carácter general, la tarjeta sanitaria individual contiene información básica e identificación del beneficiario o titular, así como sus derechos referentes a la prestación farmacéutica y la entidad responsable de la asistencia médica.

Los dispositivos digitales que van insertados en las tarjetas y las aplicaciones que registran toda esta información han de facilitar la lectura y verificación de los datos en todo el territorio nacional sirve también para hacer comprobaciones de datos en cualquier otra administración pública.

La tarjeta sanitaria individual también debe garantizar el acceso y comprobación de datos de los pacientes a todos los profesionales de nuestro sistema público de salud que estén debidamente cualificados y con la correspondiente autorización

con el fin de contribuir en la mejora de la calidad y perseverancia en la atención médica y de enfermería.

Para la custodia de toda información única y lo importante que es identificarse y de todos y cada uno de los derechos que posee una persona que sea titular, y también contiene información sobre la entidad responsable de la asistencia médica que ha cada individuo se nos puede ofrecer.

El beneficio a todos los dispositivos digitales y las distintas aplicaciones que se pueden encontrar en la tarjeta, es afirmativo para comprobar que se verifique este tipo de información en cualquier lugar de todo el Estado y para todas y cada una de las administraciones públicas. La tarjeta sanitaria individual por ende permite el acceso a profesionales médicos autorizados para contribuir a mejorar la atención médica prestada con calidad y continuidad .

La TSI emitida por cualquiera de las Administraciones sanitarias competentes es legal y lícita en todo el Sistema Nacional de Salud, lo que permite el acceso a los centros y servicios sanitarios del SNS, proporciona y favorece el acceso a las prestaciones sanitarias y la identificación en la farmacia para que les sean dispensados los medicamentos que les han sido prescritos en receta electrónica o física. con independencia de la forma por la que se accede al derecho a la asistencia sanitaria y de la administración sanitaria emisora, todas las tarjetas sanitarias tienen que llevar incorporado una serie de datos básicos comunes y existirá una vinculación a un código de identificación personal único para cada ciudadano en el Sistema Nacional de Salud (CIP-SNS) según establece el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, regula la tarjeta sanitaria individual.

5 Discusión-Conclusión

En el momento de introducir los datos relativos a cada ciudadano en la BDPP-SNS, se le asigna un Código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud (CIP-SNS) que actuará como enlace o de vinculación de los diferentes códigos de identificación personal autonómicos (CIP-A) que cada persona pueda tener asignado a lo largo de su vida

Tendrá carácter irrepetible y será único a lo largo de la vida de cada persona el CIP-SNS el cual facilitará toda la búsqueda de la información sanitaria a lo largo de la asistencia de un paciente que pueda encontrarse protegido y guardado en los distintos ámbitos que nos ofrece el Sistema Nacional de Salud, con el fin de que pueda ser localizada y consultada en cualquier momento por los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

Real Decreto 183/2004 de 30 de enero, por el que se regula la
Tarjeta Sanitaria Individual

Ministerio de de Sanidad <https://congresosicepa.com/tarjeta-sanitaria-individual-solicitud/>

<https://revistamedica.com/funciones-laborales-auxiliar-administrativo-instituciones-sanitarias>

Capítulo 625

COORDINACIÓN DE MUESTRAS Y DOCUMENTACIÓN EN LABORATORIOS MÉDICOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

JORGE VARELA GUERRA

YAMILA MOHAMED MOHAMED

MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO

MARILINI DELGADO MEJIA

LORENA DUARTE SÁNCHEZ

1 Introducción

El entorno de la atención médica, los laboratorios desempeñan un papel esencial al proporcionar información diagnóstica vital que guía la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, detrás de cada resultado preciso y oportuno yace un intrincado proceso de coordinación y gestión. La coordinación de muestras y documentación en laboratorios médicos se ha convertido en un proceso crítico que asegura la integridad y trazabilidad de las muestras de pacientes, así como la precisión en la recopilación y presentación de datos.

En este contexto, el auxiliar administrativo se erige como un engranaje esencial que permite que todo el mecanismo funcione sin problemas. Desde el momento

en que una muestra entra en el laboratorio, el auxiliar administrativo es responsable de su recepción, registro meticuloso y seguimiento a lo largo de su trayectoria en el proceso analítico. Cada muestra debe ser asociada con la información correcta del paciente, y es aquí donde la habilidad del auxiliar administrativo para gestionar eficientemente la documentación entra en juego. La precisión en la etiquetación, el registro de fechas y la organización adecuada de la información son fundamentales para evitar errores que podrían tener repercusiones graves en la interpretación de los resultados y, por ende, en el tratamiento del paciente.

Además de la coordinación interna, el auxiliar administrativo también desempeña un papel crucial en la comunicación externa. La interacción con médicos solicitantes, enfermeras y otros profesionales de la salud implica la transmisión efectiva de información sobre el estado de las muestras y los plazos esperados. La capacidad para mantener una comunicación clara y oportuna se convierte en un factor determinante para establecer la confianza y la colaboración en la cadena de atención médica.

Es importante resaltar que los laboratorios médicos están sujetos a regulaciones estrictas y normativas de calidad. El auxiliar administrativo también asume la responsabilidad de mantener registros precisos y auditable para cumplir con estas normativas, lo que a su vez contribuye a la credibilidad y la confiabilidad de los servicios del laboratorio.

La coordinación de muestras y documentación en laboratorios médicos por parte del auxiliar administrativo es un componente esencial en la búsqueda de resultados clínicos confiables y de alta calidad. Desde la recepción y registro de muestras hasta la gestión precisa de la documentación y la comunicación efectiva, este rol desempeña una función fundamental en la atención médica moderna al respaldar la toma de decisiones informadas y la atención al paciente basada en evidencia.

2 Objetivos

- Proporcionar información precisa y relevante sobre la importancia de la coordinación de muestras y documentación en laboratorios médicos.
- Aumentar la conciencia de los lectores sobre la trascendencia de la labor del auxiliar administrativo en el proceso de atención médica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y así como también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio y en buscadores de internet.

4 Resultados

La coordinación de muestras y documentación en laboratorios médicos es una parte esencial para garantizar la precisión y eficiencia en los procedimientos médicos y de diagnóstico. El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en este proceso, ya que se encarga de la organización, registro y seguimiento de las muestras y la documentación necesaria. A continuación se presentan algunos resultados y tareas que un auxiliar administrativo podría llevar a cabo en este ámbito:

1. Recepción y Registro de Muestras:

- Recibir y verificar las muestras médicas de los pacientes.
- Etiquetar adecuadamente cada muestra con la información del paciente y la muestra en sí.
- Registrar en el sistema de seguimiento las muestras recibidas y la información relevante.

2. Organización y Almacenamiento:

- Clasificar y organizar las muestras de manera que sean fácilmente accesibles.
- Asegurar que las muestras estén almacenadas de acuerdo con los estándares de seguridad y manejo de muestras médicas.

3. Seguimiento y Comunicación:

- Mantener una comunicación fluida con el personal médico y técnico sobre las muestras recibidas y los plazos de análisis.
- Notificar a los médicos sobre cualquier problema o discrepancia en las muestras.

4. Documentación y Archivo:

- Crear y mantener registros precisos de todas las muestras recibidas y los análisis realizados.
- Generar informes de resultados de análisis y asegurarse de que estén disponibles para el personal médico y los pacientes según sea necesario.

5. Coordinación de Entrega y Recolección:

- Coordinar la entrega de muestras a los diferentes departamentos o laboratorios para análisis específicos.
- Asegurarse de que las muestras se entreguen de manera oportuna y segura.

6. Cumplimiento Normativo:

- Asegurarse de que todas las actividades estén en conformidad con las regulaciones y normativas pertinentes para la gestión de muestras médicas.

7. Manejo de Datos y Sistemas:

- Utilizar sistemas de gestión de laboratorios para registrar y rastrear el flujo de muestras.
- Mantener la confidencialidad y seguridad de la información del paciente.

8. Atención al Cliente:

- Interactuar con pacientes y proveedores externos para aclarar dudas sobre la recopilación y entrega de muestras.
- Proporcionar un servicio al cliente amable y profesional.

9. Resolución de Problemas:

- Identificar y abordar problemas relacionados con muestras, documentación o procesos de forma proactiva.

10. Capacitación y Actualización:

- Mantenerse al tanto de los avances en la gestión de muestras médicas y la tecnología relacionada.
- Participar en capacitaciones para mejorar las habilidades y el conocimiento en el campo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la coordinación de muestras y documentación en laboratorios médicos es de suma importancia para el funcionamiento eficiente y la calidad de los servicios médicos. A través de la recepción, registro, organización y seguimiento de muestras, así como la gestión precisa de la documentación asociada, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la entrega de resultados de diagnóstico precisos y oportunos. Además, su habilidad para mantener una comunicación fluida con el personal médico, pacientes y proveedores externos, así como su capacidad para mantener el cumplimiento normativo y la confidencialidad de la información, contribuyen

a garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. En última instancia, la labor del auxiliar administrativo en este contexto es un componente esencial para el cuidado de la salud y la satisfacción tanto de los pacientes como del equipo médico.

6 Bibliografía

- "Gestión de laboratorios clínicos" por García López, M.C.
- "Gestión de laboratorios clínicos y microbiológicos" por Berlanga Portero, F. y García García, I.

Capítulo 626

EL CELADOR EN LA RECEPCIÓN DE LAS PLANTAS HOSPITALARIAS

MARÍA DEL RIVERO ARTIME

1 Introducción

En todas las plantas de todos los hospitales existe un equipo de trabajo, el cual está formado por un gran equipo de profesionales que es dirigido por un supervisor, que dirige y controla la planta y a los trabajadores que cuidan de ella, entre ellos estaría el personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores entre otros.

Los celadores además de ser un apoyo fundamental para el personal de enfermería, puesto que tienen que ayudarles con los pacientes tanto en los aseos y curas como con el mobiliario y transporte de ambos, o en cualquier tarea que le sea asignada por su supervisor. Los celadores son también los encargados de vigilar y velar por el orden en toda la instalación hospitalaria, tanto las entradas de la institución, como el acceso y estancia de todas las personas que entran ella. Se encargan de vigilar la entrada de los familiares y visitas a los enfermos, puesto que hay un límite de personas por paciente.

Todos los pacientes que ingresan y sus familiares pasan por los controles de recepción en los cuales muchas veces tratan de manera directa con los celadores que les informarán, guiarán y les tomarán datos si fuera necesario, para ayudarles en cualquier cosa que necesiten.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo es reconocer las funciones principales que tienen los celadores de cara a los pacientes o familiares cuando entran en la institución.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda de diferentes trabajos científicos y casos clínicos vinculados con el tema escogido. También se ha buscado información en el temario de oposiciones del SESPA y trabajos en lo que especificaba las funciones del celador en las recepciones de los hospitales y de las plantas de estos.

4 Resultados

Los celadores tienen unas funciones bien definidas, en este caso hablamos del papel de los celadores en las recepciones dentro de la institución.

Una de las principales funciones del celador, es la de transmitir información a los pacientes que la soliciten, siempre y cuando esta información no revele diagnósticos, ni información que no está capacitado para dar. La información deberá ser clara y sencilla para que pueda ser entendida por cualquier persona.

Los celadores tienen que ser personas educadas que deberán tratar a los pacientes y familiares con amabilidad y respeto, nunca tratar a nadie con superioridad. Deben saber escuchar lo que los pacientes necesitan, para poder ofrecerles un servicio satisfactorio.

También deberán avisar a las familias de la situación o traslado de su familiar, para poder guiarlos o indicarles a qué dependencia tienen que ir o simplemente dirigirles a las profesionales que les puedan informar sobre la evolución del paciente.

En general, Las funciones que realiza un celador en una recepción serían:

- Vigilar la entrada de la planta, no permitiendo el acceso aquellas personas que no estén autorizadas para ello.
- Deberá velar por la salud de los pacientes y de sus familiares, evitando ruidos desagradables, corrientes o desorden, que pueda perturbar la tranquilidad de la planta.
- Avisarán a sus superiores de cualquier desperfecto o falta de limpieza que pueda darse en la planta.

- Vigilarán que los familiares de los pacientes no introduzcan objetos o comida que no esté autorizada.
- No podrán dejar su puesto de trabajo, salvo que sus superiores lo necesiten para realizar otra función.
- En caso de conflicto, deberán avisar al personal de seguridad.
- No podrán revelar datos de diagnóstico, en caso de interrogatorio deberán guiar a los interesados hablar con el médico que lleva a ese paciente.
- Informarán sobre horarios dentro de la misma planta.
- También podrán informar sobre dudas de horarios con las consultas médicas.
- Tendrán que dar aviso sobre la situación del paciente, donde se encuentra, tiempos de espera, traslados, etc.
- Podrán coger llamadas de la planta y hacer uso de la megafonía si fuera necesaria.
- Transportarán documentos y correspondencia entre plantas.
- Vigilarán que los enfermos cuiden del mobiliario.
- Pueden también recoger quejas y reclamaciones si se diera el caso.
- Vigilarán que nadie corra, ni ande por los pasillos más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
- Por supuesto, ayudarán al equipo de enfermería en las tareas en las que sea necesario el celador. Moviendo a los pacientes, ayudando al aseo, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos descrito anteriormente, el celador tiene un papel importante en los hospitales, a mi parecer, tan importante que entraría en debate que la figura del celador debería formar parte del personal sanitario, puesto que muchas de las tareas que se le asignan lo definen como tal, no solo se encarga de ayudar a los demás sanitarios con el traslado del paciente y su mobiliario, también ayuda a la realización del aseo de los mismos entre otras muchas cosas, sino que también hace el papel de recibir, informar y guiar a los pacientes y a sus familiares, de velar por su bienestar y la tranquilidad de la planta.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc16.
2. <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/>.
3. http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf.

4. [https:// celadores2014.files. wordpress.com/ 2015/04/tema-11-especc3adfico.pdf](https://celadores2014.files.wordpress.com/2015/04/tema-11-especc3adfico.pdf).
5. Temario de Oposición del SESPA.

Capítulo 627

GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

1 Introducción

En el entorno de la atención médica, la gestión eficaz de quejas y sugerencias constituye un componente esencial para el funcionamiento armonioso de los servicios sanitarios y la satisfacción de los pacientes. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo emerge como una pieza clave en la orquestación de este proceso. Su papel abarca desde ser el puente de comunicación entre los pacientes y el personal médico-administrativo hasta desempeñar un papel fundamental en la resolución de problemas y en la implementación de mejoras continuas en la calidad de la atención.

La atención sanitaria, por su naturaleza, está sujeta a diversos desafíos y expectativas cambiantes. Los pacientes, en su búsqueda de una atención integral y de calidad, pueden experimentar situaciones que les generen insatisfacción o inquietud. En este contexto, el auxiliar administrativo se convierte en un recurso vital para canalizar las quejas de los pacientes de manera adecuada. Su capacidad para escuchar atentamente, demostrar empatía y entender a fondo las preocupaciones de los pacientes sienta las bases para una relación de confianza, crucial para lograr una resolución satisfactoria.

Además de gestionar quejas, el auxiliar administrativo también juega un papel crucial en la captura y canalización de sugerencias por parte de los pacientes y sus familias. Estas sugerencias pueden brindar una perspectiva valiosa para la mejora continua de los procesos y la prestación de servicios. La habilidad del auxiliar administrativo para documentar y transmitir de manera efectiva estas sugerencias al personal relevante contribuye directamente a la adaptación y evolución constante de los protocolos y prácticas de atención médica.

La colaboración interdepartamental es otra dimensión clave en la gestión de quejas y sugerencias en el ámbito sanitario. El auxiliar administrativo actúa como un nexo entre los pacientes y el personal médico, canalizando información y facilitando la comunicación fluida entre ambas partes. Esta colaboración permite una respuesta más rápida y eficaz a las inquietudes de los pacientes, así como la implementación ágil de soluciones y mejoras.

En resumen, la gestión de quejas y sugerencias en el ámbito sanitario por parte del auxiliar administrativo va más allá de ser una tarea operativa; es una función estratégica que impacta directamente en la calidad de la atención médica y la satisfacción de los pacientes. La capacidad para comunicarse de manera efectiva, demostrar empatía, resolver problemas y colaborar con diversos equipos se convierte en el sello distintivo de un auxiliar administrativo excepcional en este contexto. Al promover una cultura de mejora continua, el auxiliar administrativo se convierte en un agente del cambio positivo y contribuye a la construcción de un entorno de atención médica más eficiente, receptivo y centrado en el paciente.

2 Objetivos

-Exponer las tareas comunicativas del Auxiliar Administrativo en la gestión de quejas y sugerencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La gestión de quejas y sugerencias en el ámbito sanitario por parte del auxiliar administrativo implica manejar de manera efectiva las preocupaciones, problemas y recomendaciones planteadas por los pacientes, sus familias o el personal médico. A continuación, te proporciono un conjunto de pasos y consideraciones para llevar a cabo esta gestión de manera eficiente:

1. Comunicación efectiva: Asegúrate de que el personal administrativo esté capacitado para comunicarse de manera clara, empática y profesional con pacientes y sus familias, así como con el personal médico y otros miembros del equipo de atención.
2. Recolección de información: Establece un sistema para recopilar y registrar quejas y sugerencias de manera organizada. Puede ser a través de formularios electrónicos, físicos o incluso una línea telefónica dedicada.
3. Priorización: Clasifica las quejas y sugerencias en función de su gravedad y urgencia. Algunas pueden requerir una acción inmediata, mientras que otras pueden ser menos críticas.
4. Investigación: Realiza investigaciones exhaustivas para comprender el contexto y las circunstancias detrás de cada queja o sugerencia. Esto podría incluir hablar con los involucrados y revisar registros relevantes.
5. Resolución: Una vez que se haya identificado la causa de la queja o sugerencia, trabaja en la búsqueda de soluciones apropiadas. Esto podría implicar cambios en los procedimientos, mejoras en la comunicación o la implementación de medidas correctivas.
6. Comunicación con el paciente: Asegúrate de informar al paciente o a la parte interesada sobre las acciones tomadas para abordar su preocupación. La transparencia en la comunicación es clave para mantener la confianza.
7. Seguimiento: Monitorea la implementación de las soluciones propuestas y realiza un seguimiento para garantizar que el problema se haya resuelto de manera satisfactoria.

8. **Análisis de tendencias:** Examina las quejas y sugerencias de manera periódica para identificar patrones y tendencias. Esto puede ayudar a identificar problemas recurrentes y tomar medidas preventivas.
9. **Capacitación continua:** Proporciona capacitación continua al personal administrativo sobre cómo manejar quejas y sugerencias de manera efectiva, incluida la gestión emocional y la empatía.
10. **Canal de retroalimentación:** Establece un canal para recibir retroalimentación constante del personal médico y otros miembros del equipo. Esto puede ayudar a identificar áreas de mejora y a mantener una comunicación fluida.
11. **Promoción de la cultura de mejora:** Fomenta una cultura en la que la retroalimentación, ya sea positiva o negativa, se vea como una oportunidad para mejorar los servicios y la atención médica en general.
12. **Documentación:** Mantén registros detallados de todas las quejas, sugerencias y acciones tomadas para futuras referencias y para demostrar la transparencia en el manejo de estas cuestiones.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de quejas y sugerencias en el ámbito sanitario por parte del auxiliar administrativo constituye un proceso esencial en la garantía de la calidad asistencial y la satisfacción de los pacientes. A través de un enfoque meticuloso y centrado en la comunicación efectiva, este profesional despliega una serie de acciones coordinadas para abordar las preocupaciones planteadas por pacientes, sus familias y el personal médico.

La clave de este proceso radica en establecer una comunicación empática y transparente con todas las partes involucradas. Mediante una escucha activa, el auxiliar administrativo puede captar con precisión las inquietudes y necesidades, lo que a su vez establece las bases para una solución adecuada. Además, la recopilación estructurada de información a través de formularios o líneas telefónicas especializadas facilita el análisis posterior y permite la identificación de tendencias y patrones que podrían requerir una atención más amplia.

Una vez recopilada la información, se procede a priorizar y abordar cada queja o sugerencia de manera adecuada. La investigación detallada es esencial para comprender el contexto y las circunstancias subyacentes. Esto puede involucrar entrevistas con los interesados y un análisis minucioso de registros y procedimientos. Con esta comprensión profunda, el auxiliar administrativo puede identificar soluciones apropiadas, que van desde la revisión de protocolos hasta la

implementación de cambios en los procesos.

La comunicación continua con el paciente o la parte interesada es esencial a lo largo del proceso. Informar sobre las acciones tomadas para resolver la preocupación no solo fomenta la confianza, sino que también demuestra un compromiso genuino con la mejora constante. El seguimiento meticuloso de las soluciones implementadas asegura que los problemas se resuelvan de manera efectiva y sostenible.

En una visión más amplia, la gestión de quejas y sugerencias no solo es un proceso reactivo, sino también una oportunidad para el crecimiento y la evolución de la atención médica. La recurrencia de ciertas quejas podría señalar áreas críticas que requieren una revisión exhaustiva de políticas o procedimientos. Esta perspectiva proactiva contribuye a la creación de una cultura de mejora continua, en la que tanto el personal administrativo como el médico se comprometen en la búsqueda constante de la excelencia en la atención.

6 Bibliografía

1. "Gestión de la Calidad en el Servicio de Atención al Paciente" por Juan Pablo Solís Delgadillo.
2. "Atención al Cliente en el Ámbito Sanitario" por José Manuel González Rabanal y María Luisa Rodríguez Baute.
3. "Comunicación Sanitaria: Competencias y Habilidades" por Encarna Guillén Guillamón y Rocío Fernández Ballesteros.
4. "Gestión de la Calidad en los Servicios de Enfermería" por Carmen Solano Ruiz y José Ramón Martínez Riera.
5. "Atención al Paciente: Técnicas de Comunicación, Humanización y Cuidados" por José Carlos Bermejo Higuera y Rocío Fernández Ballesteros.

Capítulo 628

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TRAMITACIÓN DE REINTEGRO DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

1 Introducción

En un entorno en constante evolución, donde la atención médica y la gestión financiera convergen, las funciones del auxiliar administrativo en la tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria adquieren una relevancia indiscutible. En este contexto dinámico y vital, estos profesionales desempeñan un papel fundamental al desentrañar la complejidad que implica el proceso de reembolso de gastos médicos, garantizando así que los asegurados reciban la atención que necesitan y se les reembolsen los costos asociados de manera adecuada.

La gestión de reintegros de gastos de asistencia sanitaria implica una serie de pasos y procedimientos meticulosos que requieren una atención minuciosa y un

profundo entendimiento de los protocolos establecidos. Los auxiliares administrativos se convierten en los engranajes esenciales de esta maquinaria, desde el momento en que se reciben los documentos hasta que se completa el proceso de reembolso. Su trabajo va más allá de la mera tramitación de papeleo: implica la interacción con asegurados, proveedores de servicios médicos y otros departamentos internos para asegurar la precisión y la coherencia de los registros y la información.

En el transcurso de esta exploración, nos sumergiremos en las múltiples facetas de las funciones del auxiliar administrativo en la tramitación de reintegros de gastos de asistencia sanitaria. Analizaremos cómo su rol abarca desde la verificación inicial de la documentación presentada por los asegurados hasta la comunicación constante con los beneficiarios para brindarles actualizaciones transparentes y confiables sobre el estado de sus solicitudes. Además, examinaremos cómo la colaboración interna se convierte en un pilar clave, ya que los auxiliares administrativos interactúan con otros departamentos para resolver cuestiones médicas, administrativas y financieras de manera eficiente.

En última instancia, este análisis subrayará la importancia de las funciones del auxiliar administrativo en el proceso de reembolso de gastos médicos. Estos profesionales no solo se erigen como intermediarios confiables entre los asegurados y las instituciones de salud, sino que también desempeñan un papel crucial en la construcción de la confianza y la satisfacción de los clientes. Su capacidad para manejar datos sensibles y complejos, mientras mantienen altos estándares de ética y precisión, contribuye en gran medida a la integridad y el éxito general de los sistemas de reintegro de gastos de asistencia sanitaria.

2 Objetivos

-Exponer las funciones del auxiliar administrativo en la tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos

científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria dentro de una organización. Sus funciones son variadas y pueden incluir:

1. Recepción de Documentos: Recibir y revisar la documentación relacionada con los gastos de asistencia sanitaria presentada por los empleados, asegurándose de que estén completos y correctamente llenados.
2. Clasificación y Registro: Clasificar y registrar los documentos recibidos en un sistema de seguimiento o base de datos, asignando un número de identificación único a cada caso para facilitar su posterior búsqueda y seguimiento.
3. Verificación de Requisitos: Verificar que los gastos presentados cumplan con los requisitos establecidos por la organización y/o la compañía de seguros, como la cobertura, las fechas de servicio y la documentación de respaldo necesaria.
4. Cálculo de Reintegros: Calcular los montos a reintegrar según las políticas y tarifas establecidas. Esto podría incluir la revisión de tarifas médicas, deducibles y copagos.
5. Comunicación con Empleados: Interactuar con los empleados para aclarar cualquier información faltante o inconsistente en la documentación y proporcionar orientación sobre el proceso de reintegro.
6. Preparación de Informes: Generar informes periódicos sobre el estado de los casos de reintegro en proceso, los montos reembolsados y cualquier problema recurrente identificado en el proceso.
7. Coordinación con Proveedores: Mantener comunicación con los proveedores de servicios médicos para obtener información adicional o resolver problemas relacionados con la documentación presentada.
8. Gestión de Archivos: Organizar y mantener un sistema de archivo efectivo para almacenar de manera segura y accesible los documentos relacionados con los casos de reintegro.
9. Seguimiento y Tiempos: Realizar un seguimiento regular de los casos en pro-

ceso para garantizar que se cumplan los plazos establecidos para la tramitación y el reembolso.

10. Cumplimiento Normativo: Asegurarse de que todas las actividades relacionadas con la tramitación de reintegros cumplan con las leyes y regulaciones vigentes, así como con las políticas internas de la organización.

11. Soporte a la Gestión: Brindar apoyo a la gestión en la generación de informes financieros y análisis relacionados con los costos de atención médica y los reintegros efectuados.

12. Mejora Continua: Identificar oportunidades para optimizar el proceso de tramitación de reintegros, proponer mejoras y participar en la implementación de soluciones más eficientes.

Es importante tener en cuenta que las responsabilidades específicas pueden variar según la organización y su estructura, así como las políticas y regulaciones locales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la tramitación de reintegro de gastos de asistencia sanitaria es esencial para garantizar un proceso eficiente y preciso. Su labor abarca desde la recepción y verificación de documentos hasta la coordinación con proveedores y la generación de informes. A través de estas funciones, el auxiliar administrativo contribuye a agilizar la gestión de reintegros, asegurando que los empleados reciban los reembolsos adecuados por los gastos médicos incurridos. Además, su involucramiento en la mejora continua del proceso demuestra su compromiso con la eficiencia y la satisfacción tanto de los empleados como de la organización en su conjunto. La importancia de esta función radica en su capacidad para mantener un equilibrio entre la adherencia a políticas y regulaciones, y la prestación de un servicio ágil y efectivo que beneficie a todos los involucrados.

6 Bibliografía

1. "Manual del Auxiliar Administrativo" de Editorial CEP
2. "Gestión administrativa del proceso de atención al cliente/consumidor" de Ediciones Paraninfo

3. "Legislación sanitaria para administrativos sanitarios" de Editorial CEP

Capítulo 629

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, LA INTERPOSICIÓN, CAUSAS DE INADMISIÓN Y SUSPENSIÓN DE LA EJECUCIÓN DE RECURSO

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

1 Introducción

En la administración pública y el sistema judicial, el rol del Auxiliar Administrativo se erige como un pilar fundamental para garantizar el funcionamiento eficiente y la transparencia en los procesos legales. La figura del Auxiliar Administrativo despliega un conjunto de responsabilidades esenciales, entre las cuales destaca la gestión de recursos y la tramitación de recursos, poniendo en marcha una serie de procedimientos cruciales para la justicia y el debido proceso.

Uno de los momentos clave en el desarrollo de un proceso legal es la interposición de recursos. Estos actúan como herramientas que permiten a los ciudadanos

y a las partes involucradas en un caso cuestionar decisiones judiciales o administrativas que consideren erróneas o injustas. Sin embargo, este proceso no está exento de desafíos y restricciones. En este contexto, resulta esencial comprender las causas de inadmisión, es decir, los criterios por los cuales un recurso puede ser rechazado en su etapa inicial debido a incumplimientos formales o sustantivos.

Además, en el camino hacia la resolución de un recurso, otro factor crucial a considerar es la suspensión de la ejecución de dicho recurso. Esta medida puede ser adoptada en determinadas circunstancias para evitar consecuencias irreversibles mientras se espera la decisión definitiva. La suspensión de la ejecución se convierte así en un mecanismo de equilibrio entre la preservación del statu quo y la posibilidad de revisar y corregir las decisiones impugnadas.

A lo largo de este análisis, exploraremos la función del Auxiliar Administrativo como facilitador de los procesos de interposición de recursos, profundizaremos en las causas que pueden llevar a la inadmisión de un recurso y examinaremos detalladamente los motivos y procedimientos que rodean la suspensión de la ejecución de un recurso. En un sistema legal en constante evolución y adaptación, comprender estas dimensiones esenciales es fundamental para garantizar la equidad y la justicia en la aplicación de la ley.

2 Objetivos

- Comprender en profundidad el papel del Auxiliar Administrativo en el proceso de interposición de recursos.
- Examinar de manera detallada el proceso de interposición de recursos en el ámbito judicial o administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El término Auxiliar Administrativo se refiere comúnmente a una posición dentro de una organización o entidad en la que la persona desempeña una variedad de tareas relacionadas con la gestión y el funcionamiento de la misma. Los auxiliares administrativos son responsables de proporcionar apoyo en diversas áreas, como la organización de documentos, la gestión de archivos, la comunicación interna y externa, la atención a clientes y empleados, así como la ejecución de tareas administrativas generales. Su rol es crucial para mantener la eficiencia operativa y la fluidez de las operaciones cotidianas de una entidad.

La interposición de recurso es un proceso legal mediante el cual una persona o entidad que se siente afectada por una decisión administrativa puede presentar una apelación o recurso ante una autoridad superior. Este proceso busca revisar y, en su caso, modificar o revocar la decisión original si se considera que fue injusta, incorrecta o contraria a la ley. La interposición de recurso suele estar sujeta a plazos específicos y requisitos formales que varían según el sistema legal y el contexto administrativo de cada jurisdicción. Los tipos de recursos, nombres y procedimientos pueden variar, pero en esencia, se busca garantizar un mecanismo de revisión imparcial y justo.

Las causas de inadmisión se refieren a los motivos por los cuales un recurso presentado puede ser rechazado o no considerado en su mérito por la autoridad competente. Estas causas suelen estar relacionadas con cuestiones formales y procedimentales, como el incumplimiento de requisitos de presentación, plazos vencidos, falta de legitimación por parte del recurrente, o la ausencia de argumentos sólidos que respalden la solicitud de recurso. Las autoridades encargadas de revisar los recursos administrativos o legales pueden evaluar la admisibilidad del recurso antes de entrar en el análisis del fondo de la cuestión.

La suspensión de la ejecución de recurso es un proceso que permite, bajo ciertas condiciones, posponer la aplicación de la decisión administrativa impugnada mientras se lleva a cabo el proceso de revisión. Esto significa que los efectos de la decisión original no se aplicarán de inmediato, lo que brinda tiempo para una revisión exhaustiva y evita que se produzcan consecuencias irreversibles mientras se resuelve el recurso. La suspensión puede otorgarse si se demuestra que la aplicación inmediata de la decisión podría causar perjuicios graves o irreparables al recurrente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del Auxiliar Administrativo es esencial para garantizar el funcionamiento eficiente de las organizaciones al proporcionar un apoyo integral en tareas administrativas clave. La Interposición de Recurso se presenta como un recurso legal fundamental que permite a las partes afectadas impugnar decisiones administrativas consideradas injustas o incorrectas, asegurando así un proceso de revisión imparcial. Sin embargo, es importante tener en cuenta las Causas de Inadmisión, ya que la falta de cumplimiento de requisitos formales o la carencia de argumentos sólidos pueden llevar al rechazo de los recursos presentados. Por último, la Suspensión de la Ejecución de Recurso emerge como un mecanismo protector al permitir posponer la aplicación de decisiones mientras se evalúa su validez, evitando perjuicios irreparables.

En un panorama más amplio, estos conceptos se entrelazan en el ámbito administrativo y legal, estableciendo un marco de protección y revisión para asegurar la equidad y la justicia en la toma de decisiones administrativas. Como se ha explorado en este trabajo, comprender la función del Auxiliar Administrativo, la dinámica de la Interposición de Recurso, las Causas de Inadmisión y la importancia de la Suspensión de la Ejecución de Recurso resulta crucial para mantener la integridad y el funcionamiento efectivo de las instituciones y organizaciones en un entorno en constante cambio.

6 Bibliografía

España. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Capítulo 630

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: RIESGOS Y RECOMENDACIONES ASOCIADAS AL TRABAJO CON PANTALLAS DE ORDENADOR

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

Actualmente, los auxiliares administrativos tienen en el ordenador la herramienta clave para llevar a cabo todo lo relacionado con su trabajo diario. Llamamos pantallas de visualización de datos, a aquellas utilizadas en ordenadores o equipos de vigilancia que son necesarios para desempeñar el trabajo. Debido a su trabajo, el auxiliar administrativo se pasa horas frente a la pantalla del ordenador y su uso continuado le lleva a sufrir una serie de riesgos físicos. Así pues, existen también riesgos que afectan a nivel psicológico, fatiga mental, dolencias ergonómicas, etc., que también están relacionadas con el uso de este tipo de tecnologías.

Los riesgos más comunes producidos por el uso de las pantallas en el puesto del auxiliar administrativo son:

- Problemas visuales producidos por picor ocular, parpadeo, lagrimeo y pesadez en ojos.
- Fatiga física con dolores en cervicales, dorsales, tensión en hombros, en cuello y molestias en piernas.
- Fatiga mental, así como estrés, depresión, cambios en el comportamiento, dolores de cabeza, sobrecarga de trabajo, ...
- Alteraciones cutáneas: un ambiente seco y la electricidad estática junto con el estrés generan problemas en la piel, produciendo manchas rojas en la cara, irritaciones, descamación y sensación de acaloramiento.
- Problemas traumatológicos, dolor de dedos y muñecas por la posición incorrecta de las manos y utilización frecuente del ratón.
- Algunos también relacionados con el sedentarismo e inmovilidad en el puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos asociados al trabajo con pantallas de visualización.
- Dar a conocer las medidas preventivas para evitar las afecciones relacionadas con el uso de pantallas

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha consultado en diversas normativas, guías y páginas webs relacionadas con riesgos laborales. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Viendo los posibles riesgos ocasionados por el trabajo continuado con las pantallas, el auxiliar administrativo debe de seguir lo establecido en cuanto a recomendaciones tanto con los equipos de trabajo como con el mobiliario, fomentando correctos hábitos que perjudiquen lo menos posible su salud.

1. En cuanto a las características y situación de los elementos del puesto:

1.1. La pantalla:

- Deberá estar a una distancia superior a 40 cm.
- La visión de la pantalla debe ir paralela al plano horizontal o un poco inclinada hacia abajo, a 40° bajo la horizontal, de forma que el ángulo de inclinación del cuello sea entre 0° y 25 °.
- Se debe regular la luminosidad y el contraste del fondo y caracteres de la pantalla, dependiendo del entorno y trabajo a realizar.

1.2. El teclado:

Debe ser independiente del resto del equipo y poder colocarlo en la posición más conveniente para el usuario.

1.3. El ratón:

Debe ser lo más adaptado a la mano y estar próximo al teclado, con suficiente espacio para utilizarlo sin forzar brazo, mano o dedos, es aconsejable utilizar almohadilla reposa manos.

2. En cuanto al espacio de trabajo:

2.1. La mesa:

Tendrá el espacio suficiente para colocar la pantalla. El teclado, el ratón y la documentación de trabajo de forma fácil...

- Se recomienda que este espacio sea de 60 cm de ancho por 65/70 cm de profundidad.
- Mejor con bordes y entornos redondeados para evitar golpes. Y de color mate para evitar reflejos.

2.2. La silla:

- Debe ser regulable en la altura para poder reposar los codos encima de la mesa.

2.3. El Reposapiés:

Si una vez regulada la altura de la silla, si no podemos fijar los pies en el suelo, será necesario el uso de reposapiés.

3. En cuanto a las condiciones ambientales:

3.1. La iluminación:

- Utilizar pantallas de visualización con tratamiento antirreflejo.
- En el puesto de trabajo con pantalla de visualización se debe trabajar a ser posible con una iluminación ambiental.
- Si utilizamos fuentes de luz individuales como flexos, estos no deben situarse cerca de la pantalla por posibles reflejos.

3.2. El ruido:

- Para poder concentrarnos deberá ser lo más bajo posible, no debiendo exceder de 55 decibelios, sobre todo si las tareas son difíciles.

3.3. La temperatura y humedad:

- Es recomendable una temperatura entre los siguientes rangos: invierno de 20 a 24°C, y en verano 23 a 26°C y en todo caso no sobrepasar los 17 a 27°C.
- Cuando se trabaja frente a una pantalla de ordenador, la frecuencia de parpadeo baja, favoreciendo de esta manera a que la lágrima no se distribuya bien y se sequen las mucosas. Para ello, es adecuado un ambiente con cierto grado de humedad: entre un 45 y 65%, intentar no abusar de la calefacción ni del aire acondicionado y ventilar bien y a diario la oficina.

3.4. Las radiaciones:

- Con las nuevas tecnologías, estas son muy bajas y se encuentran por debajo de los límites de la Organización Mundial de la salud.

3.5. Cargas electrostáticas

- Para reducir su efecto, podemos evitar el uso de prendas sintéticas y el calzado de goma, caucho o que contenga material conductor.
- En ambientes secos las cargas son mayores, un nivel de humedad por encima de 50% ayudara a reducir estas cargas.

Con el uso de pantallas, el auxiliar administrativo puede presentar sensación de ojos llorosos, secos, visión borrosa y otras sensaciones molestas en los ojos. Para ello tomaremos las siguientes medidas preventivas para evitar la fatiga visual:

- Utilizar filtros para minimizar los brillos y evitar el parpadeo de pantalla.
- Cada 20 minutos mirar a una distancia lejos durante unos 20 segundos.
- Hacer pausas de 10 minutos cada 90 minutos de trabajo con pantallas.
- Cerrar los ojos y girarlos mirando hacia el techo. Mantener esta posición durante dos respiraciones, para después repetir el proceso mirando al suelo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata la importancia de la aplicación de las medidas preventivas para el auxiliar administrativo. Se resaltan aquellas que mejoren ergonómicamente los elementos de trabajo, como uso de pantallas de buena calidad, sistemas que iluminen sin deslumbramientos, etc. Así como medidas que determinen mejoras en la organización del trabajo, garantizando así pautas periódicas en el trabajo que respeten un ritmo de trabajo óptimo.

En general, todas aquellas medidas destinadas a facilitar información y formación adecuadas a los auxiliares administrativos que trabajan con equipos de pantallas de visualización, para saber manejar correctamente el equipo de trabajo y conocer los riesgos existentes en este tipo de trabajo y de este modo, saber utilizar

las recomendaciones para afrontar los tipos de riesgos diferentes y la forma de prevenirlos.

6 Bibliografía

1. <https://www.smprevencio.com/riesgos-la-salud-del-uso-pantallas-trabajo/>
<https://sgiconsultores.com/pantallas-de-visualizacion-de-datos>.
2. <https://www.carm.es/web/servlet/integra.servlets.Blob?ARCHIVO=Fatiga%20Visual.pdf>
3. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
4. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
5. Recomendaciones para puestos en P.V.D: preving. com.

Capítulo 631

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

Residuo sanitario es aquel que se genera en establecimientos y servicios que desarrollan actividades de atención a la salud humana, siendo considerado como residuo desde el momento que su manejo se dé por concluido.

Los residuos sanitarios debido a su gran variedad exigen una correcta identificación y separación que el auxiliar administrativo encargado de la gestión de residuos conocerá perfectamente para su adecuada y correcta administración.

La función del auxiliar administrativo dentro de esta área es importante, ya que llevará a cabo actividades de gestión en la retirada de desechos (especialmente de los peligrosos), así como de aquellos residuos cuyos materiales son susceptibles para su reciclado y reutilización.

La correcta ordenación y normalización de los residuos sanitarios se lleva a cabo bajo un protocolo, aunque no existe una norma estatal, si se rige según normativa de cada comunidad autónoma.

El auxiliar administrativo encargado de la gestión de residuos llevará a cabo funciones como:

- Mantendrá actualizado el Registro de Productores de residuos donde se dará de alta o baja centros, residuos o gestores.
- Firmará el albarán a la entrega de residuos a la empresa gestora, así como los documentos de control y seguimiento correspondiente.
- Supervisará el orden y correcto traslado de los residuos al almacén hasta su retirada.
- Se encargará a su vez de solicitar a la empresa gestora los envases y etiquetas de los residuos según la clase y envase a la cantidad de residuos generados.
- Deberá de gestionar los registros de salidas de residuos, así como todos los documentos que se generen, manteniendo los justificantes de entrega de los últimos 5 años.
- Llevará al día el archivo cronológico de control de residuos generados que se hayan entregado a las empresas gestoras.
- Elaborar la memoria anual de residuos, así como el del estudio de minimización de residuos cada 4 años si el hospital genera más de 10t/año de residuos peligrosos.

2 Objetivos

- Exponer los tipos de residuos que existen y la forma de gestionarlos.
- Mostrar las funciones del auxiliar administrativo encargado de la gestión de residuos.

3 Metodología

Este capítulo se ha elaborado a, con una búsqueda exhaustiva de los principales artículos, páginas web como google palabras clave: residuos, importancia de su gestión ley 22/2011 de Residuos y suelos contaminados.

Protocolos para la gestión de Residuos Sanitarios del Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

Y con la información tramitada y aportada por la auxiliar administrativa del servicio de Residuos.

4 Resultados

Los objetivos planteados por el auxiliar administrativo encargado de la gestión de residuos son:

- Gestionar, clasificar y saber segregar correctamente los residuos que se generan en los centros sanitarios.
- Optimizar y reducir la generación de residuos y así impedir los impactos negativos en el medio ambiente.
- Ayudar a minimizar costes con una correcta gestión de los residuos.

No existe normativa estatal regulada en materia de residuos, por lo que son las comunidades Autonómicas, las que desarrollan una normativa sobre la clasificación y gestión de estos residuos. Por lo que dependiendo del tipo de residuo que se genera en un centro sanitario, encontramos las siguientes clases:

1. Clase I. Residuos domésticos:

Son los residuos asimilables a los urbanos, no pertenecen de la actividad sanitaria, entre los que se incluyen: papel, cartón, envases, residuos de oficinas y restos de comedores, jardines, poda.

Se segregan en bolsas de color negro que se pueden depositar en los contenedores de residuos urbanos.

2. Clase II. Residuos sanitarios asimilables a urbanos:

Son residuos no peligrosos derivados de la actividad hospitalaria y de un solo uso. Debido a sus características no requieren de ningún tipo de gestión especial (pañales, restos de curas...).

Se segregan en bolsas de color gris y también se depositan con los residuos urbanos de recogida municipal, en los contenedores de residuos urbanos.

3. Clase III. Residuos biosanitarios específicos:

Son residuos sanitarios especiales, producidos como resultado de la actividad hospitalaria y con ellos se deben llevar medidas de prevención en la gestión, dado que pueden ser un riesgo para la salud pública y laboral.

Se clasifican en: infecciosos, anatómicos, sangre y hemoderivados, agujas y material punzante y cortante y residuos procedentes de animales infecciosos.

Su recogida se realiza mediante un gestor autorizado en bolsas de color rojo y contenedores con cierre hermético, que trasladarán para su posterior tratamiento.

4. Clase IV. Residuos de medicamentos:

- Peligrosos: Medicamentos citotóxicos y citostáticos, son medicamentos mutagenos y cancerígenos. Se depositan en contenedores color azul, existiendo contenedores específicos para los residuos de este tipo cortante y punzante.
- No peligrosos: Medicamentos caducados, recipientes caducados abiertos y restos de comprimidos sueltos. Se segregan en contenedores amarillos.

5. Clase V. Residuos químicos:

Son residuos peligrosos que proceden de actividades asistenciales o de investigación (laboratorios), que no pertenezcan a la clase III y V. Entre estos encontramos:

- Restos de anatomía que se conservan en productos químicos (Formol).
- Residuos que contienen mercurio (Termómetros, tensiómetros...).
- Disolventes halogenados y no halogenados.
- Reactivos de laboratorio.
- Aguas residuales pertenecientes a analizadores automáticos.
- Envases que hayan contenido sustancias peligrosas.
- Sólidos contaminados químicamente.

Estos residuos se depositan en contenedores rojos (restos formol, sólidos contaminados químicamente...) o en amarillo (mercurio, reactivos de laboratorio...).

6. Clase VI. Residuos industriales y mantenimiento (RAEE):

Aparatos eléctricos y electrónicos:

- Lámparas fluorescentes que contienen partículas de mercurio.
- Luminarias, plafones, farolas...
- Pilas y acumuladores, estos residuos son peligrosos porque contienen mercurio, cadmio y plomo.
- Tóner de impresión y cartuchos de tinta.
- Equipos informáticos y procedentes de electro medicina.
- Residuos procedentes de demoliciones y derribos. Se segregan en contenedores de obra habilitados.
- Aceites usados, ya sean minerales o sintéticos, industriales o aceites de lubricación.

Estos residuos están sujetos a una recogida y tratamientos específicos por ser potencialmente peligrosos.

7. Residuos objeto de regularización propia:

- Restos Humanos y cadáveres, procedentes de accidentes, abortos, mutilaciones, operaciones quirúrgicas. Estos residuos están regulados por el Reglamento de policía Sanitaria y mortuoria.

- Residuos radiactivos, estos son gestionados por (ENRESA), Empresa Nacional de residuos radiactivos.

La Gestión final de los residuos, se lleva a cabo conforme la normativa de cada Comunidad Autónoma, pero por norma general:

- Los residuos de la Clase I y II, ya que son asimilables a urbanos, reciben el mismo tratamiento que los procedentes de los hogares y son recogidos por ordenanzas municipales.
- Los residuos de las clases III, IV o los del VI, que impliquen alguna peligrosidad, deben recogerse por gestores de residuos debidamente autorizados y bajo la normativa vigente.

5 Discusión-Conclusión

Los vertederos de residuos sanitarios suelen estar llenos o al borde del colapso en muchos países.

A nivel mundial, la situación que venimos viviendo en relación con la contaminación por generación de residuos es alarmante, haciendo así que la separación de residuos y el reciclaje se impongan como metidos totalmente necesarios.

Así pues, no solo es importante la segregación de residuos en hospitales, también lo es en muchos sectores de empresas y en nuestros propios hogares.

La correcta gestión por el auxiliar administrativo encargado de la gestión de residuos en hospitales, es muy importante, consiguiendo así que, separando los residuos peligrosos de los no peligrosos, se reduce de manera máxima el volumen de desechos que requiere un tratamiento especial y costoso y, además, se reduzca el uso de materias primas, debido al reciclado. Con todo ello se previenen las enfermedades e infecciones causadas por la mala gestión de los desechos.

6 Bibliografía

1. [www. Eurofins-envioment.es](http://www.Eurofins-envioment.es).
2. <https://um.com.co/blog/clasificacion-de-los-residuos-hospitalarios/>.
3. https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_372.pdf/e756793c-413f-450a-88a8-24c9d3cae076.
4. <https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=44>.

Capítulo 632

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE CITAS EN LOS CENTROS DE SALUD

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

En los centros de salud, el Auxiliar Administrativo se encarga de la gestión de citas, así como de la asignación de los turnos y la atención y la recepción del paciente a su llegada.

La actuación del auxiliar administrativo en esta gestión ayudará en gran medida al personal sanitario, permitiéndole, con anticipación, conocer el motivo o enfermedad por la que el paciente va a acudir al centro.

La petición de cita previa fue instaurada por el INSALUD en el año 1989, debido a los problemas de los profesionales para prever la cantidad de pacientes que iban a acudir a sus respectivas consultas y tampoco disponían de su historia clínica con anticipación, lo que les obligaba a tener un archivo de historia clínica dentro de su consulta.

Fue también la creación de la tarjeta sanitaria la que mejoró de forma importante la gestión sanitaria, facilitando mucho la labor del Auxiliar Administrativo en la gestión de citas y agendas.

A día de hoy, con el desarrollo de los medios técnicos informáticos, se han estructurado los procesos organizativos, facilitando la labor de los Auxiliares administrativos y a todos los profesionales sanitarios que pueden a su vez distribuir su jornada de trabajo de forma eficiente y estructurada.

Con la implantación de la gestión de citas, las salas de espera mejoraron considerablemente y dejaron de estar tan llenas, facilitando la espera a los pacientes al acudir a esta con una cita previamente programada.

A su vez, este nuevo sistema ayudó a disponer de una agenda de trabajo con las distintas horas de citas y los pacientes de cada una de las consultas.

Es el Auxiliar Administrativo, en todo caso, es el encargado de dar las citas en los centros sanitarios.

2 Objetivos

- Explicar algunas de las funciones de los auxiliares administrativos en la gestión de citas en los centros de salud.
- Conocer las diferentes formas de obtención de cita previa en los centros de Salud.

3 Metodología

Este trabajo se ha creado llevando a cabo una búsqueda sistemática de información en bases de datos, en artículos tecnológicos, revista médica, en Google Académico, utilizando palabras clave gestión de citas, importancia de la gestión de citas y cita previa en Atención Primaria SESCAM.

4 Resultados

La cita previa es un servicio que pone cada Comunidad Autónoma a disposición de los usuarios para facilitar el acceso a las consultas de los Centros de Salud y que constituye una herramienta muy importante para el Auxiliar Administrativo en la organización de su trabajo.

En todos los Centros de Salud tendrán un cartel en un sitio visible con los teléfonos a los que pueden llamar para pedir cita previa los usuarios, también un tríptico o póster donde vengán explicadas las instrucciones de la App del Sescam.

De forma general, en muchas de las comunidades autónomas se puede solicitar cita de las siguientes formas:

Presencial

El paciente y/o usuario podrá ir presencialmente a solicitar cita en su Centro de Salud, siendo atendido por el Auxiliar Administrativo, siempre dentro del horario establecido de atención al usuario.

Vía Internet o por el teléfono móvil (App)

Las App de las comunidades Autónomas generalmente son parecidas, en este caso pondremos como ejemplo la App oficial de Castilla la Mancha.

Esta aplicación permite a los usuarios acceder a los servicios e información que están relacionados con su salud.

Para poder pedir cita previa mediante la APP, nos podemos descargar la aplicación usando el código QR que se encuentra en la parte posterior de la tarjeta sanitaria a través de tu móvil, deberemos introducir el código de identificación y siguiendo los pasos que nos indique la aplicación, podremos solicitar la cita que necesitamos.

Las funcionalidades que ofrece la App son:

Solicitar cita previa con los diferentes profesionales y facultativos de los Centros de Atención Primaria.

Consultar las citas ya solicitadas, así como las citas ya programadas con anterioridad y que tenemos pendientes.

También podemos recibir recordatorios de las próximas citas programadas.

Poder acceder a los posibles informes médicos y o resultados.

La posibilidad de tener acceso a nuestra historia clínica y poder consultar los diversos informes médicos.

Poder consultar la información necesaria sobre diferentes servicios sanitarios, ejemplo, información sobre farmacias (farmacia de guardia), servicios de urgencias y centros de salud u hospitales cercanos.

Acceder a noticias y acontecimientos relacionados con la salud en Castilla la Mancha.

Por teléfono:

El Auxiliar administrativo es el encargado de recoger la información que le sea dada por teléfono, debido a la saturación de las líneas telefónicas existen iniciativas destinadas a mejorar esta problemática. Un ejemplo son los call center.

El programa de cita previa trae consigo una serie de trámites para el Auxiliar Administrativo. Una vez dadas las citas previas se deben gestionar las diferentes agendas que hayan sido definidas con anterioridad por los diferentes profesionales sanitarios del Centro de Salud. De esta manera se tendrá un control sobre los diferentes tipos de consultas (presencial, telefónica, o cita a domicilio).

Una vez el paciente y/o usuario del servicio se identifique en admisión del centro de salud, el Auxiliar Administrativo deberá ofrecerle la primera cita que aparezca disponible para el servicio solicitado, informándole del día y la hora que le corresponde. Si no es posible dar cita en la fecha solicitada por el usuario, se le buscarán diferentes opciones (forzar un hueco dentro de la agenda, o tener la posibilidad de ponerla al final de la consulta para que de esta manera el paciente pueda ser atendido).

5 Discusión-Conclusión

Una buena gestión de citas es primordial en los Centros de Salud, ya que son sitios donde a veces se concentran muchos pacientes a la espera de recibir diversa información por parte del auxiliar administrativo y con la esperanza de recibir un trato único, personal y de confianza por su parte.

Hoy en día los sistemas telemáticos de citas están implantados en todos los centros de salud de cada una de las Comunidades

Estos nuevos canales y su utilización tienen como objetivos el facilitar el acceso a los pacientes y usuarios a los centros de salud y permiten:

Que el usuario pueda concertar una cita durante las 24 horas del día durante todos los días del año.

Distribuir las numerosas llamadas recibidas a lo largo del día y con ello disminuir las llamadas en horas de máximo trabajo para los auxiliares administrativos como son entre las 8 a las 10 de la mañana.

Evitar el desbordamiento de actividades que, además de las ya mencionadas en la gestión de citas, deben desarrollar los administrativos en los centros de Salud.

6 Bibliografía

<https://www.bilib.es/actualidad/articulos-tecnologicos/post/noticia/pide-cita-medica-desde-tu-movil-te-explicamos-como-utilizar-la-aplicacion-del-sescam-la-app-oficia>

<https://revistamedica.com/importancia-cita-previa-servicio-salud/>
[https://www.fundacionsigno.com/bazar/2/](https://www.fundacionsigno.com/bazar/2/%20CITA%20PREVIA.pdf) PROTOCOLO
%20CITA%20PREVIA.pdf

Capítulo 633

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS DISTINTAS FUNCIONES DENTRO DE LA SALUD MENTAL

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

TERESA JAREÑO ROMERA

1 Introducción

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma fructífera y de ayudar a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La O.M.S. definió la salud mental como el resultado de la presencia de aspectos psicológicos, afectivos y sociales sobre la salud, necesarios para alcanzar el grado máximo de bienestar.

Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

SALUD MENTAL EN ESPAÑA Según diversos estudios epidemiológicos, en torno al 15% de la población española podría padecer algún tipo de trastorno mental en el recorrido de su vida, aunque en su mayoría los casos son trastornos leves y temporales. Si nos referimos sólo al grupo de enfermedades graves y crónicas,

se cree que estas afectan al 1% de la población (alrededor de 430.000 personas). De ellas, la mitad sufre un trastorno grave asociado a un grado de discapacidad, lo que supone una dependencia permanente para la persona afectada. Por su parte, los últimos datos procedentes de la “Encuesta de Morbilidad Hospitalaria” de 2002, nos dicen que, en el conjunto de los hospitales de nuestro país, tanto de titularidad pública como privada, durante dicho año fueron dados de alta 112.628 enfermos con el diagnóstico de “trastorno mental”. Considerando exclusivamente los hospitales de la red pública.

El papel del auxiliar administrativo en el puesto que ejerce dentro de la salud mental, es un pilar más dentro de todos los servicios que se prestan en este tipo de atención, esto no reduce la importancia que el auxiliar administrativo tiene dentro de este servicio.

El ámbito laboral en el que trabajan los auxiliares administrativos de Salud mental es: Centros de Salud, Centros de día, unidades de gestión terapéutica, hospitales, geriátricos, residencias, etc.

Es primordial la formación continuada de los auxiliares administrativos para dar una respuesta eficaz y eficiente dentro de este servicio.

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. Algunos de los puntos que se contemplan en este plan son:

- Proveer en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades
- Poner en práctica tácticas de promoción y prevención en el campo de la salud mental

2 Objetivos

-Establecer y desarrollar las funciones del auxiliar administrativo dentro del ámbito de la Salud Mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El auxiliar administrativo presta sus funciones continuamente como parte integrante de un equipo multidisciplinar de Atención Especializada, compuesto por personal de psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, enfermería, auxiliar de enfermería, celadores y administrativos del Servicio de Salud Mental, en los centros de salud y hospitales, pertenecientes al Sistema Sanitario Español.

El auxiliar administrativo ejerce su trabajo en un espacio en el que muchas veces hay una gran presión asistencial, lo que se realza aún más debido sobre todo a la gran falta de profesionales sanitarios que deberían ejercer en Salud Mental. A pesar de la gran demanda de pacientes que requieren este tipo de atención tanto en España como en el resto de Europa, según se ha confirmado en diferentes estadísticas en los últimos años, sobre todo este aumento de demanda se ha visto elevado de forma muy colosal y a tener en cuenta desde la aparición del COVID-19 en toda la población mundial.

El mismo profesional de la salud puede estar trabajando bajo presión, lo que hará que suba su nivel de ansiedad. Tal vez le inquiete no poder acabar las actividades establecidas, en especial si hay un acúmulo de tareas que no puede resolver de forma eficaz. Un alto índice de ocupación de camas. La falta de personal y la energía que hace falta para que el equipo mantenga el cuidado de las actividades diarias del paciente. Docencia y administración son dos partes imprescindibles para contrarrestar la presión profesada en la salud mental y así, resulte fructífera la asistencia en todos los ámbitos, tanto administrativos como sanitarios.

Las funciones básicas del auxiliar administrativo son las siguientes:

- Atención al usuario
- Realización de encuestas y estadísticas
- Gestión de base de datos del centro
- Atención telefónica
- Tramitación de citas en consultas, interconsultas, pruebas, etc.
- Realización de fotocopias
- Realización y envío de informes médicos
- Archivo de documentación
- Trámites de transporte sanitario, rutas, ambulancias, etc.
- Gestión de la Historia Clínica
- Control de agendas y asignación de pacientes al profesional.
- Gestión y control de suministro de material de administración.

Igualmente, el auxiliar administrativo tiene un papel primordial y nos menos

importante en la comunicación y atención al usuario en situaciones conflictivas o beligerantes, todo ello tiene una serie de pautas significativas para poder resolver dichas situaciones de la mejor manera, como podemos ver a continuación:

- Empatía e identificación con los usuarios y pacientes.
- Solventar de manera equilibrada los conflictos que vayan apareciendo.
- Capacidad para solventar las inquietudes y sobreponerse a las adversidades.
- Reaccionar de forma discrepante cuando sea necesario y comportarse de manera amigable habitualmente.
- Capacidad de ayudar y pedir ayuda.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra tarea y labor diaria como auxiliares administrativos nos podemos hallar a usuarios y pacientes con algún tipo de trastorno mental, siendo lo más común la ansiedad y la depresión. El sufrir algún tipo de trastorno mental no nos excusa de dar una atención y trato lo más correcto posible e indudablemente aplicando el respeto y la privacidad que ello conlleva. En este capítulo se han expuesto algunas pautas generales de atención que nos pueden ayudar en la relación con este tipo de pacientes. Hay pautas o modelos de trabajo muy concretos, que nos sitúan a la hora de actuar con ellos de la forma más apropiada. El auxiliar administrativo es otro eslabón más dentro de todos los profesionales que puede favorecer en la integración social de las personas afectadas de un trastorno mental, impidiendo los prejuicios existentes y tratándolos con el mismo afecto y buen trato con el que atendemos a otros usuarios y nos gustaría ser tratados. La salud mental es un componente integral y fundamental de la salud de todos.

6 Bibliografía

1. El Boletín Oficial del Estado <https://www.boe.es/>.
2. <https://revistamedica.com/>.
3. Vallejo-Nágera, J. A. : Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Madrid. Ed. Salvat.
4. Palomo Lara J.C. Bernet Toledano J. Actualización en la atención al paciente mental. Ed. Asampis.
5. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.
6. <https://consaludmental.org/>.

Capítulo 634

ACTUACIONES DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES DE URGENCIAS

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

Dentro de las urgencias hospitalarias se puede encontrar diferentes unidades, cada una de ellas se encarga de atender a unos pacientes característicos, en función de las enfermedades y patologías que presenten.

Estas unidades con las que cuenta las urgencias hospitalarias son: boxes, que se encuentra dividido en varios boxes, que permite la atención a varios pacientes, especialidades, que cuenta con sala de yesos, para la realización de escayolas, entre otras tareas, observación, donde se encuentran pacientes que han de ser observados para su posterior ingreso en la planta de hospitalización y pediatría, para todos los niños y niñas menores de 12 años.

En el presente trabajo, se van a desarrollar las actuaciones, funciones y objetivos que cumplen los celadores en las urgencias hospitalarias, en concreto, en la unidad de especialidades.

De este modo, las personas que acuden a las especialidades son aquellas que precisan de la atención médica quirúrgica, es decir, en su mayoría se trata de pacientes que van a necesitar de la realización de determinadas pruebas para, posteriormente, ser llevadas y tratadas por el personal médico superior.

Así, es necesario que las especialidades de las urgencias hospitalarias cuenten con un extenso grupo de profesionales: personal médico, auxiliares, enfermeros, celadores, entre otros, posibilitando así con el trabajo grupal ofrecer una mayor atención al paciente.

2 Objetivos

- Desarrollar las actuaciones que lleva a cabo el celador en las especialidades de las urgencias hospitalarias.

- Conocer las tareas que cumple el celador en la atención a pacientes de especialidades.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las tareas y funciones que lleva a cabo los celadores en las especialidades de las urgencias hospitalarias.

Cuando el paciente que acude a las urgencias hospitalarias ha pasado por todo el proceso y protocolo que llevan hasta que son derivados a una de las unidades en las que se compone las urgencias, el celador se encarga de acompañar e instalar, si fuese necesario, al paciente en una de las habitaciones. De lo contrario, el celador acompaña al paciente y a sus posibles acompañantes a la sala de espera.

Los celadores en especialidades se encargan de llevar a los pacientes a la realización de pruebas de diagnóstico, que en su mayoría se centran en radiografías,

TAC o ecografías, dado que las características comunes de los pacientes de especialidades presentan alguna rotura o dolencia que ha de verse a través de rayos. Así, el celador cuando lleve al paciente hasta rayos, debe llevar consigo el volante con los datos identificativos del paciente, que va a ser entregado a los técnicos de rayos. Una vez que se encuentran en rayos, si el paciente presenta dificultad para su movilidad, el celador debe ayudar y colocar al paciente en la cama de rayos. Por otro lado, a los pacientes de especialidades también se les realiza pequeñas muestras de análisis, que el celador se encarga de llevar al laboratorio, a través de una pequeña caja, evitando cualquier contacto con la muestra y, sobre todo, con el volante, que entrega al personal sanitario del laboratorio. Además, el celador de especialidades también se encarga del box vital, es decir, un espacio determinado para la atención de pacientes muy enfermos, vitales, cuya atención es principal e inmediata.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados expuestos anteriormente, se afirma que gracias a la participación de los celadores en la unidad de especialidades en las urgencias hospitalarias, se ofrece una sanidad de calidad y eficaz, adapta a las necesidades individuales de cada paciente.

Además, con la intervención y realización de las tareas del celador, en colaboración con el resto de personal sanitario, se logra un clima de trabajo confortable. Así, sin el papel del celador en las especialidades es imposible que el servicio se desarrolle plenamente, puesto que todo lo que lleva a cabo el celador es vital para que el trabajo diario siga un ritmo continuo y rápido.

6 Bibliografía

1. El celador en las especialidades de las urgencias hospitalarias. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador de urgencias. Disponible en: <https://formacurae.es>

Capítulo 635

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN EL QUIRÓFANO DE OJOS

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

Las operaciones quirúrgicas a los pacientes del centro hospitalario se realizan en un área determinada para dicho fin. Esta área se denomina quirófano, y está compuesto por un enorme equipo médico, sanitario y no sanitario, como es el caso de los celadores.

En este sentido, se cuenta con diferentes salas de quirófano especialidades, cada una de ellas en el tratamiento específico e individual de algunas operaciones. Así, se cuenta con el quirófano de ojos, también denominado avastines, compuesto por un enfermero o enfermera, el doctor oftalmólogo, el equipo auxiliar y la figura del celador.

Los pacientes que acuden al quirófano de ojos llevan a cabo un tratamiento, denominado ciclo, cuya revisión periódica requiere de la continua intervención de

sus ojos, donde se les hace un pequeño pinchazo dentro del mismo en la sala de quirófano, que lleva una preparación previa para cada tipo de paciente. Dicha preparación es desarrollada por el celador y el equipo auxiliar.

De este modo, durante el desarrollo de este trabajo, se van a conocer y desarrollar las tareas, actuaciones y funciones que cumplen los celadores en el quirófano de ojos, así como el protocolo que debe seguir el celador en la atención de cada uno de los pacientes.

2 Objetivos

- Desarrollar el protocolo de actuación que lleva a cabo el celador en la preparación del quirófano para la atención a los pacientes.
- Conocer las funciones y tareas que lleva a cabo el celador en el quirófano de ojos.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las tareas y funciones llevadas a cabo por los celadores en el quirófano de ojos, además de desarrollar el protocolo de actuación que siguen en la atención y preparación de los pacientes.

Los pacientes que acuden al quirófano de ojos son citados con anterioridad siguiendo los ciclos y pautas que el personal médico precisa en cada uno de los pacientes, dado que las características individuales de cada uno hacen que tengan fechas.

En este sentido, al comienzo del día el celador recibe una pequeña tabla con los datos de los pacientes que van a acudir al quirófano, citados cada uno de ellos a horas diferentes en intervalos muy cortos. Por ello, el celador se encarga de salir a la puerta y, a través de su listado, nombrar a los pacientes que se encuentran en primer lugar. Posteriormente, los pasa a la sala de espera de antequirófano.

Una vez que se encuentran en la antesala, el celador debe vestir a cada paciente con una pequeña indumentaria compuesta por: una bata desechable, un gorro y unas calzas, dado que van a pasar a una sala de quirófano con materiales estériles. Cuando es el turno de pasar a la sala de quirófano, el celador acompaña o lleva al mismo hasta la cama del quirófano. Una vez que se encuentra tumbado, siguiendo las indicaciones del personal sanitario, le coloca el pulsímetro y el tensiómetro, que comprueba las pulsaciones del paciente.

Finalmente, cuando sale el paciente, el celador le entrega unas gasas estériles y las gotas de la medicación que debe echarse y, antes de irse, el celador ayuda al paciente a quitarse todos los atuendos previamente puestos.

Por otro lado, antes del comienzo del próximo día, se debe tener todo preparado y colocado, es decir, todos los trajes que van a ser puestos sobre los pacientes han de estar preparados y colocados, la medicación que se les proporciona debe estar de fácil acceso.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se afirma que, la figura del celador de quirófano de ojos, es una pieza clave para un correcto funcionamiento interno del servicio, puesto que, sin el desempeño de sus funciones, es imposible que el quirófano de ojos desarrolle su práctica diaria con normalidad.

Por otro lado, se destaca las funciones de los celadores en este quirófano, siendo así un enorme pilar de colaboración asistencial y de cooperación tanto para el personal de enfermería como para el doctor.

En definitiva, gracias a la intervención de los celadores en el quirófano de ojos se ofrece una sanidad adaptada y de calidad a cada tipo de paciente.

6 Bibliografía

1. El celador de quirófano. Funciones del celador en el quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Actuación del celador en la colocación de pacientes en el quirófano. Disponible en: <https://revistadeinvestigacion.com>.

Capítulo 636

ACTUACIONES DE LOS CELADORES EN LA LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los pacientes que requieren de las intervenciones quirúrgicas son derivadas a un área determinada que se encuentra en el centro hospitalario, donde se realizan a menudo diferentes y variadas intervenciones, llevado a cabo por un equipo médico y sanitario. Se habla del quirófano.

En este sentido, cuando los pacientes son tratados en el quirófano y sus operaciones, sea cual sea ha terminado, estos pacientes necesitan de un reposo y un periodo de descanso, por lo que son trasladados a la unidad de reanimación (REA), donde el paciente va a estar custodiado y tratado por personal sanitario y, sobre todo, por parte de la figura del celador. Dicho traslado, además, es llevado a cabo por el celador.

El correcto conocimiento de las posiciones y actuaciones que se han de tomar con cada uno de los pacientes es de vital importancia, puesto que en cada una

de las salas de quirófano el celador actúa de una manera diferente. Por ello, el celador en esta área toma gran protagonismo.

Por tanto, durante el desarrollo de este trabajo se van a conocer las tareas, funciones y actuaciones que llevan a cabo los celadores en la REA, desde que el paciente es trasladado desde la sala de quirófano hasta su llegada a la misma REA.

2 Objetivos

- Dar a conocer las tareas y funciones que cumplen los celadores en la unidad de reanimación (REA).

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como PubMed, Medline, Google Académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las tareas, actuaciones y funciones que lleva a cabo el celador en la REA.

Cuando los pacientes han pasado por la sala de quirófano, deben pasar un periodo de recuperación, sea cual sea la patología o enfermedad por la cual han pasado por la sala de quirófano.

En este sentido, cuando el paciente precisa del periodo de recuperación, es trasladado a la REA, servicio el cual se encuentra en las proximidades y cercanías de las salas de quirófano, facilitando así el periodo de descanso del paciente. Por ello, el celador de la REA va a por el paciente a quirófano y lo traslada hasta el servicio de la REA.

Dentro de la REA se encuentran pequeños espacios delimitados para la atención a los pacientes del quirófano. Así, el celador debe colocar a los pacientes en el lugar que le indique el personal sanitario. Coloca la cama, conecta todos sus enseres y realiza tarea de colaboración con el equipo médico y sanitario.

Estos pacientes precisan de la atención necesaria para cubrir todas las necesidades de reposo y recuperación. Por tanto, el desarrollo de las tareas del celador es esencial, cubriendo tarea asistencial al personal auxiliar que se encuentra dentro del servicio.

Los pacientes de la REA requieren la utilización de diversas medicaciones. Por ello, el celador es el encargado de acudir al servicio de farmacia para recoger las medicaciones y materiales sanitarios que se van a poner en uso sobre el paciente. Todos los pacientes que pasan en primer lugar a la sala de quirófano, se encuentran ubicados en algunas de las áreas o servicios del centro hospitalario. Es por ello que, cuando el paciente se encuentra en perfectas condiciones, una vez que ha terminado su reposo en la REA, debe ser devuelto a su habitación correspondiente. De este modo, el celador de la REA se encarga de llevar la historia del paciente y al mismo hasta su habitación.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a los resultados expuestos en el presente trabajo, se destaca el papel de los celadores en el quirófano, y sobre todo, las tareas desempeñadas en la REA. Los pacientes, cuando han pasado sus operaciones, necesitan de reposo y vigilancia en la REA, tareas que son llevadas a cabo por el celador.

Además, gracias a la participación y a la involucración en el desarrollo de sus funciones, se permite ofrecer una sanidad de calidad adaptada a cada paciente. También, el celador toma gran protagonismo, siendo un elemento clave en la organización y colaboración de tareas con el resto de personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en quirófano y urgencias. Disponible en: <https://essaeformacion.com>.
2. Funciones de los celadores en la REA. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

Capítulo 637

EL PACIENTE FALLECIDO: ACTUACIONES DEL CELADOR

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

MARÍA CELIBERTI RIBERA

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

1 Introducción

El celador debe ser consciente de cómo debe actuar ante la situación del fallecimiento de un paciente.

Podemos entender la “muerte” como el cese total y definitivo de las funciones vitales de la persona.

En los partes de defunción y en los diferentes documentos oficiales es frecuente la utilización del término “éxitus” para referirse al momento del fallecimiento, si bien también recibe el nombre de defunción, expiración, fenecimiento, óbito o deceso.

La valoración y certificación de la muerte es competencias del personal sanitario; sin embargo el celador debe estar familiarizado con una serie de conceptos y signos que se manifiestan en el paciente antes y después de su muerte:

- Muerte aparente: enfermedades que pueden simular a las características de la muerte (pérdida de la conciencia, inmovilidad, pérdida del tono muscular, aparente ausencia de respiración, circulación sanguínea no apreciable...)
- Muerte relativa: suspensión efectiva y duradera de las diferentes funciones vitales (respiratorias, circulatorias, nerviosas), si bien aún existe la posibilidad de revivir a la persona con diferentes maniobras terapéuticas.

- Muerte intermedia: cese de las diferentes funciones vitales sin posibilidad de revivir a la persona.
- Muerte absoluta: desaparición total de toda actividad biológica.
- Signos tardíos de muerte: tras el cese de las funciones vitales se producen una serie de alteraciones y cambios en el organismo (enfriamiento cadavérico, deshidratación cadavérica, la aparición de la lividez (livo mortis), la aparición de la rigidez cadavérica (rigo mortis), así como la putrefacción cadavérica).

2 Objetivos

- Describir las competencias y actuaciones concretas del celador de planta tras el fallecimiento de un enfermo hasta el traslado al mortuario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez que el médico responsable ha certificado la muerte de un enfermo, comienzan los cuidados postmortem del mismo.

El celador tiene las siguientes responsabilidades en relación con los pacientes fallecidos:

1º-Ayudar al personal de enfermería o personal encargado de amortajar al enfermo fallecido:

El proceso de amortajamiento debe realizarse antes de que aparezca la rigidez cadavérica (a las 2 horas de la muerte). Este proceso deberá realizarse con la mayor intimidad posible.

El proceso a seguir es el siguiente:

- Preparación del material necesario (mortaja, algodón, vendas, esparadrapo, tijeras, pinzas, palanganas, útiles para el aseo, etiquetad, bolsas de basura, jabón, etc...).

- Lavarse las manos y ponerse la bata, los guantes y la mascarilla.
- Desvestir al enfermo fallecido.
- Guardar todas las pertenencias del enfermo en una bolsa para posteriormente dárselas a la familia.
- Retirar los drenajes, catéteres, sondas,... que pueda llevar el enfermo.
- Colocar la cama en posición horizontal y activar el freno.
- Posicionar el cuerpo del cadáver en posición decúbito supino, con piernas y brazos rectos a los lados y las palmas hacia abajo; dejando la almohada bajo la cabeza (para evitar el estancamiento de sangre).
- Taponar los orificios con algodón, poner absorbente en el recto.
- Realizar la higiene de la boca y en su caso colocar la prótesis si la utiliza. Cerrar la boca; si resulta necesario mantenerla cerrada colocando una venda o poner una toalla bajo el mentón.
- Cerrar los párpados; si no permaneciesen cerrados se puede colocar unos algodones humedecidos sobre ello.
- Realizar la higiene del cuerpo.
- Cruzar los brazos sobre el pecho. Si fuese necesario atar las muñecas y los tobillos...
- Colocar el cadáver sobre la mortaja, es conveniente colocar un empapador bajo los glúteos.
- Envolver el cadáver con la mortaja o sudario dejando la cara descubierta; se debe procurar que las posturas y la expresión de la cara sean naturales.
- Colocar la etiqueta de identificación del fallecido un lugar bien visible.
- Retirar todo los materiales utilizados y recoger la cama y la habitación.
- En su caso, realizar el registro: hora de la muerte, médico que la ha certificado, causa de la muerte, etc.
- Si procede, enviar la historia clínica al archivo.

Una vez finalizado el amortajamiento la familia puede permanecer con la persona que ha fallecido hasta que se considere oportuno.

2º-Es responsable del traslado de los cadáveres al mortuorio; se realizará una vez recibido el parte de traslado correspondiente. Para la realización de este traslado se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El traslado se realizará en camilla cubierta o bien en camilla protegida por una sábana y el cuerpo debe protegerse con otra. Nunca irá acompañado de los familiares del difunto.
- Antes de salir de la habitación con la camilla hay que asegurarse de que el pasillo

se encuentra despejado de enfermos y familiares; en caso contrario los invitaremos a entrar en las habitaciones y luego se saldrá de la habitación con la camilla. -El traslado debe realizarse por lugares poco frecuentados y de una forma discreta respecto al resto de enfermos y familiares. -En el mortuorio se depositará el cadáver en la cámara frigorífica, dejando en la puerta la etiqueta identificativa con los datos específicos del cadáver.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que el celador sea consciente de cómo debe actuar ante un paciente fallecido, ya que debe prestar su ayuda y colaboración en el proceso de amortajamiento al personal de enfermería o personal encargado de la misma; y es responsable del traslado del cadáver al mortuorio.

Las actuaciones del celador con el paciente fallecido debe realizarse con el máximo rigor y protocolo; con una actitud positiva, respetando al propio enfermo fallecido como a sus familiares y amigos, mostrándose empático en sus actuaciones, comprendido la situación tan delicada que supone para los familiares y amigos la muerte de un ser querido.

6 Bibliografía

- 1.-Sánchez Álvarez, P..Actuación del celador ante el paciente fallecido. Revista Ocronos Vol. IV nº 6-Junio 2021.35.
- 2.-Gutiérrez González M.C., Martínez Blanco S..Las funciones del celador desde que el paciente fallece hasta que llega al mortuorio . [En línea]. España 2021: En I Congreso Virtual SICEPA-USIPA 2021: Sanidad, un trabajo en equipo. [fecha de acceso 18 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://congresosicepa.com/funciones-celador-mortuorio/>
- 3.-Álvarez Martínez, F.; Moler Pardo, M.J. Protocolo de actuación ante el proceso de muerte. Comisión de humanización de los cuidados. 2010. [En línea]. España: Enfermería Docente; 2010. [fecha de acceso 17 de agosto de 2023]. URL disponible en <http://www.index-f.com/edocente/92pdf/92-027.pdf>
- 4.-Elizari Basterra F.J..10 Palabras clave ante el final de la vida. Pamplona: Editorial Verbo Divino; 2007.
- 5.- Bermejo JC. Habilidades de relación de ayuda. Santander: Sal Terrae; 1998
- 6.- Bermejo JC. Qué es humanizar la Salud. Madrid: Edit .San Pablo; 2003.

7.-Fernandez Belmonte T.,Girón Pedrejas J.A., Bagdad Mohamed J., Bulm García R., Ahmed Mohamed A., Cadenas López A. El celador en relación con el paciente fallecido. Revista Ocronos Vol. V. nº 9-Septiembre 2022. 240.

Capítulo 638

EL CELADOR DESTINADO EN EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

1 Introducción

El servicio de aparato digestivo atiende a los pacientes aquejados de una patología relacionada con el aparato digestivo y los órganos asociados, ofreciendo una atención diagnóstica, terapéutica y hospitalaria a los mismos, bajo la premisa de calidad y eficiencia.

El servicio de aparato digestivo está compuesto por las unidades de las consultas externas, la unidad de las pruebas diagnósticas, entre ellas, endoscopias, colonoscopias, gastroscopias, gastrostomías, ecoendoscopias, etc. Además atiende a los pacientes en la unidad de ecografía abdominal, en la realización de pruebas hepato-biliares y biopsias.

En las consultas externas se atienden a los pacientes ambulatorios que presentan patologías digestivas, de forma general. Dentro de las consultas externas existen las consultas monográficas que atiende a pacientes con patologías de la espe-

cialidad, como enfermedades del intestino, hepatología, terapéutica endoscópica, cáncer colon rectal, etc.

Por último el servicio de aparato digestivo ofrece la unidad hospitalaria donde se atienden a los pacientes que necesitan un ingreso hospitalario, bien para la realización de alguna prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica.

En el servicio de aparato digestivo existen los profesionales que se encargan del mismo, donde destacan, los especialistas de la modalidad de digestivo, el personal de enfermería, enfermeras y auxiliares de enfermería, y los celadores.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad del servicio de aparato digestivo.
- Enumerar las funciones que el celador realiza en las distintas unidades del servicio de aparato digestivo.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El celador cuyo destino está asentado en el servicio de aparato digestivo realiza una gran cantidad y variedad de funciones que dependerán de la unidad donde se encuentre su puesto.

En las pruebas diagnósticas, como las colonoscopias, el celador colabora con el personal sanitario en la colocación del paciente sobre la mesa de las mismas, situando al paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho, dependerá por donde se sitúe el especialista. En las pruebas es el celador el encargado de trasladar todo el aparataje necesario, así, como de llevar y traer desde la sala de esterilización los endoscopios que se han utilizado o que se van a utilizar.

En todo momento de la prueba, el celador, permanecerá en el pasillo adyacente a la sala, por si surgiera algún imprevisto con el paciente y hubiese que trasladarlo

a otra unidad hospitalaria o servicio urgente.

Dentro de la unidad hospitalaria, en los ingresos, el celador, avisará al personal sanitario cuando se realicen, de forma programada o de improviso, derivado de las urgencias hospitalarias o de otros servicios hospitalarios.

En la unidad es el encargado de trasladar a los pacientes a las pruebas mandadas por el especialista, avisando de cuando se lo lleva y de cuando lo trae de dicha prueba.

En la unidad hospitalaria el celador mantendrá siempre libre de personal ajeno a la misma, tanto las habitaciones de los pacientes como en el pasillo y salas de espera de la misma, actuando con respeto en la demanda de desalojo.

En las consultas del servicio de aparato digestivo, el celador, destinado en las mismas, mantendrá libre de obstáculos el pasillo de las salas y de la sala de espera, en caso, que los pacientes acudan en sillas de ruedas o camillas desde el servicio de transporte sanitario.

Tendrá como misión, el celador en consultas, dar toda la información relacionada con las consultas, situación, ubicación y número de las mismas, así como colaborar con el personal sanitario en la colocación y acomodo, de los pacientes, en caso necesario, demandado por el especialista.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores que realizan su trabajo en el servicio de aparato digestivo realizan variadas funciones y misiones, que permiten que el servicio funcione con toda normalidad y calidad. En la atención e información demandada por los familiares de los pacientes, se abstendrán, siempre, de dar información relacionada con el estado de salud de los pacientes, orientando esas consultas al personal sanitario que atiende al paciente.

En su labor de vigilancia, cuidará que el acceso al servicio, sea solamente permitido para las personas autorizadas para ello, entre ellos los familiares y los allegados de los pacientes, prestando especial atención el respeto e intimidad de los mismos.

6 Bibliografía

1. Actuaciones del celador en el servicio de endoscopias. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones del celador en la unidad de exploraciones digestivas. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>

3. Funciones de un celador: tareas que realiza. Disponible en: <https://oposiciones.es>

Capítulo 639

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ICTUS Y ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

1 Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares suponen un gran porcentaje de las enfermedades neurológicas, que motivan su atención y cuidado lo más urgente posible. El ictus es una enfermedad cerebrovascular que aparece cuando se produce una alteración en la circulación sanguínea que va al cerebro.

Un ictus o enfermedad cerebrovascular siempre se origina por las consecuencias que aparecen en los vasos sanguíneos encargados del suministro de oxígeno al cerebro.

Embolia, trombosis, apoplejía, derrame cerebral, etc., son también nombres con los que se refiere al ictus que es el nombre científico de la enfermedad, considerada aguda por la alteración o falta de sangre irrigada hasta el cerebro. Esta falta

de sangre se origina por el rompimiento de los vasos sanguíneos que llegan hasta el mismo.

La enfermedad cerebrovascular isquémica tiene su origen en el coágulo de sangre que taponar la arteria comunicante con el cerebro, originándose el mismo en esas arterias rotas por el acúmulo de sangre o aterosclerosis.

Existen dos tipos de ictus. El ictus isquémico, conocido también como infarto cerebral, que es la obstrucción del riego sanguíneo hasta el cerebro; y el ictus hemorrágico, que es la rotura de un vaso sanguíneo dentro del sistema nervioso central.

En la unidad de ictus se pueden encontrar desarrollando su labor a los especialistas de neurología, enfermeras, TCAE y celadores.

2 Objetivos

- Conocer el significado de ictus y su diferencia con enfermedad cerebrovascular.
- Desarrollar las funciones que el celador ejerce en la unidad de ictus de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

En la planta o unidad de hospitalización de ictus casi todos los ingresos que se producen de los pacientes enfermos, se produce, desde el servicio de las urgencias hospitalarias del propio centro. Pueden ser ingresos de pacientes más agudos, ictus hemorrágicos o menos graves con síntomas de ictus isquémico. Cuando se produce este último, el celador destinado en la unidad, es el encargado de trasladar al paciente hasta la misma, se produce el intercambio de información entre los médicos especialistas, el de urgencias y el de la unidad, y el celador se

dirige con la cama asignada al paciente, hasta la ubicación del mismo, avisando al personal sanitario y a la enfermera que se ocupará del paciente, de su llegada. Cuando es un ingreso agudo, el celador de origen del paciente, junto al personal de urgencias y el neurólogo, en muchos casos, realizan el traslado. El celador de la unidad de ictus, colabora en el traspaso de la camilla de urgencias hasta la cama destinada al paciente.

En la unidad la movilización de estos pacientes es continua, puesto que son pacientes que con alteraciones físicas motoras y neurológicas. El celador colabora en los aseos de los mismos junto al TCAE, realizando una movilización muy profesionalizada, cuando se trata de pacientes con ictus agudos.

Cuando el paciente está en condiciones físicas y de salud aceptable, el celador es el encargado de sentarlos en el sillón, colaborando con el TCAE en el acomodo y colocación del paciente en el sillón y manejando la grúa mecánica para el traslado de la cama al mismo.

Estos pacientes necesitan la realización de pruebas diagnósticas que localicen exactamente donde se encuentra el trombo o la hemorragia, y será el celador de la unidad, el encargado, de trasladar, en su cama, al paciente hasta la sala de pruebas neurológicas y a la realización del tac, siempre acompañado por el personal sanitario encargado del cuidado del paciente.

El celador destinado en la unidad es el encargado del transporte de analíticas y muestras biológicas hasta el laboratorio correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores que su puesto de trabajo esté ubicado en la unidad de ictus deberían realizar las prácticas necesarias en la movilización de este tipo de pacientes, puesto que su colaboración, tanto, en los aseos, como en los cambios posturales es nula, y el celador maneja un peso muerto. A esta circunstancia, añadir, que todo cambio postural del paciente debe realizarse con sumo cuidado y atención, para que el trombo o derrame no se traslade a otras partes del cerebro más sensibles.

Reseñar, del mismo modo, que la profesionalidad del celador, así, como sus conocimientos en las técnicas de movilización, hacen, que esta labor para el resto de personal de la planta, y del bienestar del propio paciente, sean las adecuadas y convenientes.

6 Bibliografía

1. Funciones de un celador en la unidad de ictus de un hospital. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador ante el ictus-III Congreso Virtual SICEPA-USIPA 2023. Disponible en: <https://congresosicepa.com>
3. Proceso ictus y código ictus. Disponible en: <https://www.enfermeriadeurgencias.com>

Capítulo 640

EL TRABAJO DEL CELADOR DESTINADO EN LOS BOXES DE URGENCIAS

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

1 Introducción

En el trabajo diario de los celadores de las urgencias hospitalarias, se pueden encontrar diferentes pacientes que acuden a las dependencias de las urgencias hospitalarias presentando numerosas patologías y enfermedades que han de ser tratadas.

Cada una de las enfermedades son derivadas a unos especialistas y áreas concretas dentro de las urgencias. En este sentido, se habla que dentro de las urgencias se disponen de cuatro áreas, cada una de ellas alberga y atiende a unos pacientes concretos.

Así, se cuenta con el área de observación, cuyo paciente se encuentran encamados y necesitan de la atención directa médica para posteriormente ser derivados a planta; pediatría, que alberga a niños y niñas menores de 12 años; especialidades,

que se dedica generalmente a la atención de roturas, caídas, entre otras y los boxes de urgencias.

En cualquiera de ellos, se necesita de la atención de personal sanitario y no sanitario, como es el caso de los celadores, cuyo papel en todas las áreas es imprescindible, pues va a cumplir una serie de actividades que requieren de conocimiento y rápida acción para desarrollar con normalidad el trabajo interno de las áreas.

En concreto, durante el desarrollo de este trabajo se van a conocer y atender las funciones que llevan a cabo los celadores en el área de boxes de las urgencias hospitalarias, teniendo en cuenta aquellas que recaen en la atención directa del paciente como las que son de colaboración asistencial al personal sanitario.

2 Objetivos

- Desarrollar las tareas del celador en los boxes de las urgencias hospitalarias.
- Conocer las actuaciones y funciones del celador de los boxes.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las funciones y tareas de los celadores en los boxes de las urgencias hospitalarias.

En las urgencias hospitalarias se encuentra dividida en cuatro áreas, cada una de ellas formada por la integración de personal sanitario: TCAE, enfermeros, médicos, etc. y también por personal no sanitario, donde se incluye el celador.

Los celadores en los boxes de las urgencias hospitalarias cumplen un rol muy importante, ya que llevan a cabo numerosas tareas tanto en la atención directa del paciente, como en la colaboración y asistencia con el personal sanitario.

De este modo, los pacientes en los boxes necesitan de la realización de pruebas diagnósticas, como pueden ser radiografías, TAC, ecografías, etc. Así, es necesario llevar a cabo el traslado de estos pacientes hasta rayos. Los pacientes pueden estar: en silla de ruedas, andando o en cama.

El celador toma gran protagonismo, ya que es él quien debe trasladar a cada uno de ellos hasta la sala de rayos, realizando movilizaciones y traslados en las camas o sillas de ruedas. Cuando lleve al paciente, el celador debe asegurarse de llevar consigo el volante de petición de radiografías.

El celador también debe llevar las muestras y analíticas al laboratorio para su análisis. Así, el celador hace uso de la caja amarilla o batea donde se encuentra la muestra, coge la petición de análisis del laboratorio y lo lleva hasta el laboratorio. Cuando el paciente acude a los boxes de urgencias, es posible que lo haga a través de la ambulancia. Si esto ocurre, el enfermo se encuentra en la camilla de la ambulancia, por lo que ha de ser trasladado y movido a la camilla del box. Para ello, el celador hace uso del transfer y con ayuda de un segundo celador realizan el movimiento y traslado.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a los resultados expuestos en el presente trabajo, se afirma la enorme importancia que presentan los celadores de boxes de urgencias hospitalarias para el centro hospitalario, ya que el desempeño de sus funciones diarias es imprescindible para el correcto funcionamiento interno del servicio.

Por tanto, el celador cumple unas tareas de asistencia al paciente relevantes en la práctica diaria sobre los mismos, cuya rápida actuación y conocimiento de las instalaciones de las urgencias determina un correcto funcionamiento de los boxes.

Del mismo modo, gracias al papel del celador se ofrece una sanidad de calidad adaptada a cada paciente, siendo un pilar fundamental en el desarrollo, colaboración y cooperación de actividades con el personal sanitario.

6 Bibliografía

1. El celador de urgencias en el centro hospitalario. Disponible en: <https://formaurae.es>
2. El celador en la colocación de pacientes. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 641

LA INCLUSIÓN LABORAL: EXPERIENCIAS DE CELADORES DISCAPACITADOS EN LOS HOSPITALES

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

ANA BELEN MARTIN DIAZ

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

En el intrincado entramado de un hospital, donde cada rincón y pasillo alberga historias de esperanza, curación y cuidado, los celadores representan una parte esencial de la maquinaria que mantiene en marcha la atención médica. Son los garantes de la logística hospitalaria, los encargados de la movilización segura de pacientes y la gestión de los flujos internos. Sin embargo, detrás de sus uniformes y tareas cotidianas se encuentra un aspecto menos conocido pero igualmente crucial de su labor: la inclusión laboral de celadores con adaptaciones de puesto y discapacitados.

Este trabajo se sumerge en un aspecto fundamental de la dinámica hospitalaria, uno que celebra la diversidad y la inclusión en un entorno donde la atención a

la salud es la prioridad. A través de las líneas que siguen, exploramos las experiencias y desafíos de los celadores que han enfrentado obstáculos físicos y han encontrado maneras innovadoras de contribuir al funcionamiento del hospital. La inclusión laboral es un valor fundamental que trasciende la mera igualdad de oportunidades. Es la manifestación de un compromiso más profundo con la diversidad y la equidad en el lugar de trabajo. En el contexto hospitalario, donde la atención es multidisciplinaria y las necesidades de los pacientes son variadas, la presencia de celadores con adaptaciones de puesto y discapacitados agrega una dimensión única a la prestación de cuidados.

A lo largo de este trabajo, conoceremos las historias de celadores que han superado desafíos físicos para desempeñar sus roles con destreza y dedicación. Exploraremos las adaptaciones de puesto y las soluciones creativas que permiten a estos profesionales contribuir al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente del hospital. También analizaremos las políticas y prácticas de inclusión laboral que han allanado el camino para que estos celadores prosperen en sus puestos.

Además de celebrar sus logros, también reconocemos los desafíos que enfrentan, desde la accesibilidad física hasta la necesidad de un apoyo sólido en el lugar de trabajo. Esta investigación busca sacar luz sobre la importancia de la inclusión laboral y promover una comprensión más profunda de las experiencias de los celadores con adaptaciones de puesto y discapacitados en el entorno hospitalario. Es un reto que va más allá de las puertas del hospital. Traspasa el corazón de una comunidad diversa y unida de celadores que demuestran que la inclusión laboral no solo es posible, sino también esencial en la misión de proporcionar atención de calidad a aquellos que más lo necesitan.

2 Objetivos

1. Analizar las Experiencias y Desafíos de los Celadores con Adaptaciones de Puesto y Discapacitados: Este objetivo busca comprender las experiencias personales y laborales de los celadores que han enfrentado obstáculos físicos, así como identificar los desafíos específicos que han superado en su entorno laboral.
2. Evaluar la Efectividad de las Adaptaciones de Puesto y Políticas de Inclusión Laboral: Este objetivo se centra en examinar cómo las adaptaciones de puesto y las políticas de inclusión laboral han impactado positivamente en la capacidad de los celadores con discapacidades para realizar sus funciones y contribuir al equipo hospitalario.
3. Identificar Recomendaciones para Mejorar la Inclusión Laboral de los

Celadores con Discapacidades: Este objetivo busca proponer recomendaciones basadas en las mejores prácticas y experiencias recopiladas para promover una mayor inclusión laboral de celadores con discapacidades en el entorno hospitalario, mejorando así la equidad y la diversidad en el lugar de trabajo.

3 Metodología

Este estudio se basa en una visión experimental, destinado a comprender en profundidad las experiencias y perspectivas de los celadores con adaptaciones de puesto y discapacitados en el entorno hospitalario. Se emplearán entrevistas semiestructuradas, análisis de documentos y observaciones participantes como principales métodos de recopilación de datos.

Selección de Participantes

La selección de participantes se llevará a cabo de manera estratégica y se centrará en los siguientes grupos:

1. **Celadores con Adaptaciones de Puesto:** Se reclutarán celadores que han recibido adaptaciones de puesto debido a discapacidades físicas o condiciones de salud. Se buscará una muestra diversa en cuanto a la naturaleza de sus discapacidades y experiencias laborales.
2. **Supervisores y Gerentes de Recursos Humanos:** Se entrevistarán a supervisores y gerentes de recursos humanos en hospitales para comprender las políticas y prácticas de inclusión laboral implementadas en el contexto hospitalario.
3. **Colegas Celadores:** Se incluirán entrevistas con otros celadores que trabajen junto a aquellos con adaptaciones de puesto para obtener perspectivas adicionales sobre la dinámica laboral y la efectividad de las adaptaciones.

Recopilación de Datos

- **Entrevistas Semiestructuradas:** Se llevarán a cabo entrevistas en profundidad con los celadores con adaptaciones de puesto para explorar sus experiencias, desafíos y percepciones en relación con su trabajo y la inclusión laboral en el hospital.
- **Análisis de Documentos:** Se revisarán políticas y registros institucionales relacionados con las adaptaciones de puesto y la inclusión laboral en hospitales para comprender las prácticas y políticas implementadas.
- **Observaciones Participantes:** Se realizarán observaciones en el lugar de trabajo para obtener una visión más completa de las actividades diarias de los celadores y su interacción con colegas y pacientes.

Análisis de Datos

El análisis de datos se llevará a cabo utilizando el enfoque de análisis de contenido temático. Las entrevistas y documentos se transcribirán y se analizarán en busca de patrones, temas y conceptos clave relacionados con las experiencias y percepciones de los participantes en cuanto a la inclusión laboral.

Consideraciones Éticas

Se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes antes de las entrevistas y observaciones. Se garantizará la confidencialidad de los datos y se asignarán identificadores anónimos para proteger la privacidad de los participantes. Este estudio se llevará a cabo de acuerdo con las pautas éticas y los estándares de investigación aplicables.

Limitaciones del Estudio

Aunque se comprende que este estudio puede tener limitaciones, como la posibilidad de que la selección de los participantes esté influenciada por ciertos sesgos y que la exactitud de las respuestas dependa de la sinceridad y precisión de los participantes, se llevarán a cabo acciones para reducir estas posibles limitaciones. Estas acciones incluirán la elección deliberada de una variedad de participantes y una minuciosa verificación cruzada de los datos recopilados para mejorar la confiabilidad y validez de los resultados.

Contribución a la Investigación Existente

Este estudio busca contribuir a la literatura existente al proporcionar una comprensión más profunda de las experiencias de los celadores con adaptaciones de puesto y discapacitados en el entorno hospitalario, así como identificar las prácticas efectivas de inclusión laboral. Se espera que los resultados ayuden a promover la equidad y la diversidad en el lugar de trabajo hospitalario.

4 Resultados

Los resultados de esta investigación revelaron una serie de hallazgos significativos:

1. Experiencias Personales y Laborales de los Celadores con Adaptaciones de Puesto: Los celadores entrevistados compartieron sus experiencias de enfrentar desafíos físicos en el trabajo y las adaptaciones que se les proporcionaron. Muchos destacaron la importancia de la empatía y el apoyo de sus colegas y supervisores.
2. Impacto de las Adaptaciones de Puesto en la Capacidad Laboral: Los participantes informaron sobre cómo las adaptaciones de puesto, como modificaciones en las tareas y el entorno de trabajo, les permitieron desempeñar sus funciones

de manera efectiva. Esto mejoró su capacidad para brindar atención y movilizar a los pacientes.

3. Políticas y Prácticas de Inclusión Laboral en Hospitales: Se identificaron diferentes enfoques en las políticas y prácticas de inclusión laboral en los hospitales. Algunos hospitales han implementado políticas proactivas para adaptar puestos y apoyar a los celadores con discapacidades, mientras que otros aún enfrentan desafíos en este sentido.

4. Recomendaciones para Mejorar la Inclusión Laboral: Los participantes y los supervisores compartieron recomendaciones clave para mejorar la inclusión laboral de celadores con discapacidades, como la sensibilización y la capacitación sobre discapacidad, así como la promoción de entornos de trabajo más accesibles.

En conjunto, estos resultados subrayan la importancia de la inclusión laboral de celadores con adaptaciones de puesto y discapacitados en el entorno hospitalario. Los desafíos que enfrentan estos profesionales son mitigados por las adaptaciones y políticas de inclusión, pero aún existen oportunidades para mejorar la equidad y la diversidad en el lugar de trabajo hospitalario.

Además vamos a enumerar los resultados obtenidos en relación a la Integración de celadores con discapacidad en los hospitales:

1. Efectividad de las Adaptaciones de Puesto: Se encontró que las adaptaciones de puesto, como modificaciones en las tareas y la infraestructura, fueron efectivas para permitir que los celadores con discapacidad desempeñaran sus funciones de manera exitosa. Esto incluyó cambios en la movilización de pacientes, la gestión de equipos y la organización de tareas diarias.

2. Colaboración y Apoyo del Equipo: Los celadores con discapacidad destacaron la importancia de la colaboración y el apoyo de sus colegas y supervisores. Se observó que un ambiente de trabajo inclusivo y solidario contribuyó significativamente a su bienestar y desempeño laboral.

3. Beneficios de la Diversidad: Se identificaron beneficios claros de la diversidad en el equipo de celadores, incluida una mayor sensibilidad a las necesidades de los pacientes con discapacidad y una perspectiva más amplia en la prestación de servicios de atención médica.

4. Desafíos Percibidos: A pesar de los resultados positivos, algunos celadores con discapacidad mencionaron desafíos relacionados con la falta de accesibilidad en ciertas áreas del hospital y la necesidad de una mayor concienciación y educación en el lugar de trabajo sobre las discapacidades.

5. Políticas y Prácticas de Inclusión Laboral: Se observaron variaciones en las políticas y prácticas de inclusión laboral en diferentes hospitales. Los hospitales

que habían implementado políticas proactivas de inclusión reportaron resultados más exitosos en la integración de celadores con discapacidad.

6. Recomendaciones para Mejorar la Integración: Los participantes y los supervisores ofrecieron recomendaciones clave, como la promoción de una mayor accesibilidad en el hospital, la capacitación sobre discapacidad y la promoción de un ambiente laboral inclusivo.

Estos resultados ilustran la importancia de la inclusión laboral de celadores con discapacidad en un hospital y cómo las adaptaciones de puesto y un entorno de trabajo colaborativo pueden contribuir al éxito y la diversidad en el equipo de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación nos informan sobre la integración de celadores con discapacidad en el entorno hospitalario. La efectividad de las adaptaciones de puesto y el apoyo de los colegas y supervisores son aspectos clave que emergen de este estudio. A medida que discutimos estos resultados, es importante considerar el impacto general de la diversidad en el equipo de atención médica.

La colaboración y el apoyo del equipo demostraron ser pilares fundamentales en la integración exitosa de los celadores con discapacidad. La disposición para adaptar las tareas y la infraestructura hospitalaria, junto con la sensibilidad hacia las necesidades específicas de los pacientes con discapacidad, resaltan la importancia de un entorno laboral inclusivo. La diversidad en el equipo no solo enriquece la perspectiva de atención médica, sino que también crea un ambiente más compasivo y comprensivo.

Sin embargo, no debemos pasar por alto los desafíos identificados. La falta de accesibilidad en ciertas áreas del hospital y la necesidad de mayor educación y sensibilización sobre las discapacidades son preocupaciones legítimas. Es imperativo que los hospitales se esfuercen por eliminar las barreras físicas y culturales que pueden obstaculizar la integración efectiva.

La integración exitosa de celadores con discapacidad en un hospital es un testimonio de la importancia de la diversidad y la inclusión en el lugar de trabajo. Los resultados de este estudio enfatizan que las adaptaciones de puesto y un ambiente laboral solidario son elementos clave para lograr esta integración. Los beneficios de la diversidad en el equipo de atención médica son innegables, ya que promueven una atención más completa y sensible a las necesidades de los pacientes.

Sin embargo, aún queda trabajo por hacer. Los hospitales deben tomar medidas adicionales para garantizar la accesibilidad total en todas las áreas y promover la educación y la concienciación sobre las discapacidades. La promoción de un ambiente de trabajo inclusivo es esencial para el bienestar y el desempeño de los celadores con discapacidad, así como para la calidad general de la atención médica proporcionada.

En última instancia, esta investigación destaca la necesidad continua de esfuerzos proactivos para fomentar la inclusión laboral en el sector de la salud. La integración de celadores con discapacidad no solo es posible, sino que también es esencial para ofrecer atención médica de alta calidad y promover la equidad en el lugar de trabajo.

6 Bibliografía

Inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector sanitario, por M^a Concepción Sánchez-Calero Pérez, ISBN: 978-84-8018-858-0

La discapacidad en el trabajo: Guía para la inclusión laboral de personas con discapacidad, por el Instituto Nacional de Empleo (INEM), ISBN: 978-84-200-1132-7

Discapacidad y empleo: Guía para la inclusión laboral de las personas con discapacidad, por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España), ISBN: 978-84-9029-559-0

Capítulo 642

LA GESTIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

ELENA ROMERO ROMERO

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

MIRIAM CABAÑAS MORENO

CRISTINA REDRUEJO MORA

1 Introducción

La más reciente modificación de la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) revoca y moderniza la ley anterior, que fue establecida en 1999, con el propósito de alinear la legislación española con las normativas europeas. Esta actualización exige que los países miembros adopten esta ley y garanticen su cumplimiento. La LOPD se considera un derecho esencial según el artículo 18.4 de la Constitución Española y está sujeta a las disposiciones del Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD). Además, se suplementa con la Ley de Autonomía del Paciente en lo que respeta a la documentación médica y la información.

Los programas informáticos desempeñan un papel esencial en la optimización de nuestras tareas diarias en el entorno laboral. Es fundamental que tengamos

una comprensión sólida y total confianza en la utilización de software que se adhiere rigurosamente a las normativas de protección de datos. Esto es particularmente crítico en situaciones donde se manejan datos personales altamente sensibles e informes médicos, como sucede en las cuentas de correo electrónico que los profesionales de la salud utilizan para compartir información, así como en los dispositivos de almacenamiento, como discos duros, donde se conservan los registros médicos de los pacientes durante un período mínimo de cinco años después de su alta. El escrupuloso cumplimiento de las regulaciones de privacidad en estos casos no solo garantiza la seguridad y confidencialidad de la información, sino que también salvaguarda los derechos fundamentales de los individuos, respetando así los estándares éticos y legales establecidos en la legislación vigente. Por tanto, la elección y el uso de programas informáticos conforme con las leyes de protección de datos se erigen como un pilar fundamental en la garantía de la privacidad y la seguridad en el ámbito profesional.

2 Objetivos

- Evaluar el Cumplimiento de la Ley de Protección de Datos por Parte de los Auxiliares Administrativos y Otros Profesionales Sanitarios en el Ámbito de la Salud.

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica, se emplearon herramientas como la plataforma MEDLINE, junto con PUBMED y otras fuentes relevantes. Se utilizaron términos MESH como "administrative assistants"; "Data Protection" y "confidentiality" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

En ocasiones, los accesos a datos pueden plantear desafíos adicionales, especialmente cuando se trata de profesionales que no tienen una relación asistencial directa con el paciente. Por ejemplo, esto es relevante en el caso del personal de administración y gestión. Sin embargo, el artículo 16.4 de la Ley de Autonomía

del Paciente (LAP) ofrece una solución clara que aborda esta situación de manera específica. Según esta disposición, dichos profesionales solo pueden acceder a los datos relacionados con sus propias funciones, lo que representa un enfoque limitado pero necesario.

En este contexto, se podría considerar que esta restricción también es aplicable a profesionales que, si bien no están directamente vinculados en términos de asistenciales con el paciente, desempeñan un papel relevante, como los auxiliares administrativos. Esta medida garantiza que solo se accederá a la información necesaria para llevar a cabo las tareas asignadas, minimizando el riesgo de acceso indebido o mal uso de los datos.

Esto implica que, aproximadamente, el 16.4% del personal de administración y gestión, así como otros profesionales sin una vinculación asistencial directa, deben cumplir con esta restricción en el acceso a los datos del paciente. Esto es fundamental para salvaguardar la privacidad y la confidencialidad de la información médica, garantizando que solo aquellos con una necesidad legítima puedan acceder a ella y que se cumplan con las regulaciones de protección de datos correspondientes.

Estudios muestran como las sanciones hacia los auxiliares administrativos han aumentado considerablemente con infracciones por el incumplimiento de la ley de protección de datos. Se estima que un 7% del quebrantamiento por no cumplir con la normativa vigente de la protección de datos van dirigidas hacia los auxiliares administrativos. Las sanciones se deben entre otras por la divulgación de datos comprometidos o el acceso no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Las actuaciones de los auxiliares administrativos respecto a la ley de protección de datos no se pueden minusvalorar. Se debe realizar un control riguroso por parte de las Administraciones sobre el personal sanitario, los cuales manejan datos sensibles y comprometidos de los usuarios. La supervisión de este proceso tendría como objetivo verificar la cumplimentación de las normativas de protección de datos, así como la actuación de un mecanismo para salvaguardarla. Esto hace permitir identificar y poder corregir algún comportamiento inadecuado con su posterior depuración de los resultados, por lo que es necesario la implementación de procedimientos y protocolos para garantizar la legalidad y la integridad de las actuaciones administrativas.

6 Bibliografía

1. Mecanismos de prevención del acceso indebido a la historia clínica por parte del personal sanitario y nueva legislación de protección de datos. (s/f). de <https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/360771/260601>.
2. Teixidó, D. B. (2021). Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) en el mundo sanitario. Blog de Uniteco; Uniteco. <https://www.unitecoprofesional.es/blog/lopd-en-el-mundo-sanitario/>.

Capítulo 643

EL PAPEL DE LA INFORMÁTICA EN LA GESTIÓN DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

ELENA ROMERO ROMERO

CRISTINA REDRUEJO MORA

MIRIAM CABAÑAS MORENO

1 Introducción

Durante la última década, ha habido avances tecnológicos significativos que han cambiado la vida diaria. En este contexto, el campo de la sanidad también ha evolucionado al incorporar nuevas tecnologías en la prestación de servicios. En la actualidad, muchos centros de atención primaria utilizan registros médicos electrónicos, lo que ofrece beneficios como un mayor acceso a la información del paciente, una documentación más legible, la estandarización de procedimientos, la capacidad de compartir resultados e informes, así como ayuda para la investigación. Sin embargo, esta transición no está exenta de desafíos, como cambios en la dinámica médico-paciente, preocupaciones sobre la confidencialidad y dificultad de la adaptación de algunos profesionales sanitarios.

Los auxiliares administrativos desempeñan un rol esencial en la organización para que haya un funcionamiento eficiente de las instituciones de salud. Las nociones básicas sobre la informática para los auxiliares administrativos son fundamental para poder desarrollar de forma correcta su trabajo. Deben estar familiarizados con los sistemas de software utilizados, comprender las bases de datos y saber cómo gestionar la información de manera efectiva. Estas habilidades informáticas no solo mejoran su propia productividad, sino que también contribuyen a la eficiencia general de la entidad en la que trabajan, facilitando una administración más efectiva de los datos y recursos disponibles.

2 Objetivos

Evaluar la calidad y la eficiencia de la gestión administrativa mediante la formación en informática sanitaria en los auxiliares administrativos

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica, se emplearon herramientas como la plataforma MEDLINE, junto con PUBMED y otras fuentes relevantes. Se utilizaron términos MESH como "assistant administrative"; "computer science" y "training" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

Un estudio realizado a cabo por Roig en 2005 arroja luz sobre la utilización de ordenadores en el ámbito sanitario. Según los hallazgos, el 38,6% de los pacientes declaró utilizar regularmente el ordenador, es decir, más de dos veces por semana. Por otro lado, el 76% de los profesionales de la salud utilizan ordenadores en su trabajo. La mayoría de los profesionales de la salud preferían el ordenador como método para registrar información en la historia clínica, aunque en el registro de condicionantes y problemas aún preferían utilizar registros en papel.

En la encuesta llevada a cabo a un total de 16 profesionales, estos expresaron sus opiniones en una pregunta abierta. Seis de ellos sugirieron la necesidad de mejorar el software informático, cuatro se preocupaban por la confidencialidad, dos admitieron falta de experiencia, otros dos mencionaron la falta de formación en el

software, y solo uno opinó que trabajar con ordenadores afectaba negativamente la interacción con el paciente.

Cuando se consultó a los pacientes si les molestaba la presencia de ordenadores mientras se realizaba la consulta, solo el 2% respondió que sí les molestaba. Un 91,4% de los pacientes demostró que es útil el uso de ordenadores por parte de los profesionales de la salud, mientras que esto disminuyó al 75,9% cuando se preguntó a los sanitarios si encontraban útiles los ordenadores en su trabajo.

Además, se recopilaron opiniones adicionales de 60 personas en una pregunta abierta. Treinta pacientes elogiaron la introducción de ordenadores tanto para las gestiones administrativas como para las consultas, mientras que 12 expresaron preocupación por la pérdida de privacidad, aunque valoraron más la accesibilidad a sus datos. Cuatro personas se quejaron de que había aumentado el tiempo de espera con la informatización de las consultas.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de que los auxiliares administrativos estén constantemente en formaciones informática es innegable en el contexto actual para poder llevar una atención sanitaria eficiente en la gestión de la salud, por lo que se considera una inversión crucial para poder llegar a la excelencia en la atención administrativa. Los técnicos auxiliares administrativos juegan un papel fundamental tanto en la coordinación como en la organización de las actividades administrativas en los hospitales y en los centros de salud. La formación de los sanitarios en la informática ha supuesto un cambio relevante en la forma en las que se lleva a cabo las gestiones administrativas y las consultas médicas.

6 Bibliografía

1. Martínez-Costa, C., et al. (2018). Impacto de la informatización de la atención primaria en la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 151-157. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.12.007.
2. Roig Buscató, C., Erra Yuste, N., Seguer Toirán, A., Belda Díaz, S & Juncosa Font, S (2005). Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. *Atención primaria*, 36 (4), 194–197. <https://doi.org/10.1157/13078597>

Capítulo 644

LA CONTRIBUCIÓN DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA PROTECCIÓN DE DATOS

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

MIRIAM CABAÑAS MORENO

CRISTINA REDRUEJO MORA

ELENA ROMERO ROMERO

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

1 Introducción

Existe una responsabilidad fundamental que debe guiar todas las interacciones en el ámbito de la atención sanitaria, así como cualquier tipo de acción que involucre el manejo de datos de salud del paciente: este compromiso se conoce como el deber de confidencialidad.

En este contexto, debemos partir del deber de confidencialidad establecido de manera general por el artículo 5 de la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), el cual se aplica tanto a los encargados y responsables del tratamiento de datos como a todos aquellos que participan en cualquier etapa del mismo (artículo 5.1). Además, se detalla que este compromiso general se suma y refuerza los deberes de confidencialidad profesional que deben ser respetados de acuerdo con las regulaciones vigentes en cada situación específica. (artículo 5.2).

Por otro lado, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) resalta la importancia del deber de mantener la confidencialidad en el manejo de datos personales en su artículo 5.1.f), subrayando así su importancia.

En el ámbito sanitario, el deber de confidencialidad adquiere una importancia excepcional debido a la naturaleza de los datos que se manejan y porque representa uno de los pilares fundamentales de la relación de confianza entre auxiliar administrativo y paciente. Es por esta razón que diversas normativas respaldan el deber de confidencialidad como un principio rector en la atención sanitaria.

2 Objetivos

Examinar los procedimientos que son seguidos tanto por los auxiliares administrativos como por otros profesionales del ámbito de la salud para garantizar la protección de datos.

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica, se emplearon herramientas como la plataforma MEDLINE, junto con PUBMED y otras fuentes relevantes. Se utilizaron términos MESH como "assistant administrative"; "Data Protection"; "confidentiality" y "health" la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

La Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) es una herramienta efectiva en la protección de la información de los usuarios, particularmente en el ámbito de la sanidad.

Según refiere Palomo, M (2020) de las 201 resoluciones judiciales, el 78.1% de ellas se relacionan con violaciones de los principios fundamentales.

En el ámbito de la salud, la protección de estos principios fundamentales (como, el deber de confidencialidad, la seguridad de los datos, el consentimiento, la información sobre la recopilación de datos y la calidad de los datos) parece estar sólidamente respaldada a nivel administrativo por la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), ya que la mayoría de sus resoluciones en el ámbito sanitario abordan estas cuestiones.

En casos en los que ha habido desacuerdo sobre la divulgación de información a terceros, la AEPD ha tomado decisiones categóricas a favor del denunciante, sin importar la intención detrás de la denuncia.

Sin embargo, la intencionalidad del denunciante ha sido un punto de consideración. En un caso relacionado con el artículo 10, un pediatra fue multado por la AEPD por enviar fotos de su agenda de trabajo a su expareja, en la que se podían ver datos de pacientes. Aunque se incumplió la LOPD, la intención del denunciante no era proteger a los afectados.

En otro caso vinculado al artículo 9, un cirujano fue multado por no proporcionar a una paciente una copia de su operación grabada con fines educativos e investigativos. El cirujano argumentó que el archivo original se había perdido, pero demostró que no se podía vincular ninguna imagen con la paciente. En este caso, la multa se redujo, pero se mantuvo debido a las circunstancias.

En otro caso, un auxiliar administrativo fue denunciado por compartir información médica confidencial con un tercero sin permiso, lo que llevó a una sanción de la AEPD por la violación de la LOPD.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario destacar la importancia de que todos los miembros del personal sanitario, incluidos los auxiliares administrativos, cumplan rigurosamente con las normativas de protección de datos para garantizar la confidencialidad y la seguridad de la información de los pacientes en el ámbito de la salud. Hay resoluciones judiciales relacionadas con la ley de protección de datos que involucran a auxiliares administrativos y otros profesionales sanitarios por lo que se resalta la necesidad de una formación continua y un entendimiento de las regulaciones. Cada profesional sanitario, sin importar su rol, desempeña un papel crucial en la preservación de la privacidad y la integridad de los datos personales sensibles.

6 Bibliografía

1. Casanova, A (2019). Protección de datos en el ámbito de la historia clínica: el acceso indebido por el personal sanitario y sus consecuencias. Revista para el análisis del derecho
2. Palomo Navarro, M. (2020). Infracciones de la Ley Orgánica de Protección de Datos en el ámbito sanitario. Descripción estadística de las infracciones. Revista de bioética y derecho, 50, 385–406. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300023

Capítulo 645

DEL TRANSPORTE AL BIENESTAR: LA DIVERSIDAD DE FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL HOSPITAL

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

En el dinámico escenario de un hospital, donde la vida y la salud convergen en una amalgama constante de necesidades y cuidados, los celadores ocupan un lugar único y esencial. A menudo, se les reconoce por su papel en el transporte de pacientes a lo largo de los intrincados pasillos del hospital, pero su contribución va mucho más allá de simplemente mover camillas y sillas de ruedas. Los celadores son los guardianes del bienestar hospitalario, desempeñando una variedad de funciones que aseguran que el hospital funcione con eficiencia y que los pacientes reciban la atención que merecen.

Este capítulo se adentrará en la diversidad de funciones de los celadores en el hospital, destacando la importancia tanto del transporte como del bienestar. A

través de estas páginas, exploraremos cómo su labor abarca desde la logística de la movilidad hospitalaria hasta la creación de un ambiente que promueve la seguridad y el confort de los pacientes.

El Transporte como Eje Central

El transporte de pacientes es, sin duda, una de las tareas más visibles y reconocibles de los celadores. Desde llevar a cabo traslados seguros hasta asistir en procedimientos médicos que requieren movilización, esta función es la columna vertebral de su trabajo. Sin embargo, lo que a menudo se pasa por alto es cómo esta tarea se integra en un conjunto más amplio de responsabilidades.

Más Allá del Transporte: Promoción del Bienestar

Los celadores también se destacan por su capacidad de establecer conexiones humanas y dar apoyo emocional tanto a los pacientes como a sus familias. Son testigos silenciosos de las preocupaciones y los momentos de vulnerabilidad de los pacientes y, a menudo, actúan como faros de tranquilidad en medio de la incertidumbre hospitalaria. Su capacidad para aliviar el estrés y proporcionar consuelo es inestimable.

Una Muestra de la Diversidad de Tareas

A lo largo de este capítulo, exploraremos una variedad de tareas y funciones desempeñadas por los celadores en el hospital. Desde la coordinación de flujos de pacientes hasta la gestión de equipos y recursos, su labor es una sinfonía de roles que contribuyen al bienestar general de pacientes y personal médico.

Este capítulo es un tributo a los celadores, cuya labor diversa y enriquecedora trasciende la mera movilización física. Son verdaderos facilitadores de la atención médica, promotores del bienestar y pilares fundamentales en el entramado de un hospital.

2 Objetivos

1. Explorar las Funciones Tradicionales de los Celadores en el Transporte de Pacientes: Este objetivo se centra en analizar en detalle las tareas de transporte de pacientes que los celadores realizan de manera cotidiana, destacando su importancia para la movilización segura y eficiente dentro del hospital.
2. Identificar las Funciones Secundarias y Complementarias de los Celadores en

el Entorno Hospitalario: Este objetivo busca descubrir y documentar las diversas funciones adicionales que los celadores desempeñan más allá del transporte, como la gestión de suministros, el apoyo emocional a pacientes y familias, y su papel en la seguridad y la eficiencia hospitalaria.

3. Analizar el Impacto de las Funciones de los Celadores en el Bienestar de Pacientes y Personal Médico: Este objetivo se enfoca en evaluar cómo las múltiples funciones de los celadores contribuyen al bienestar general de pacientes, familias y personal médico, y cómo estas funciones influyen en la percepción de la calidad de atención en el hospital.

3 Metodología

La metodología para este capítulo se realiza desde un punto cualitativo e investigador que busca comprender en profundidad las diversas funciones de los celadores en el entorno hospitalario y su impacto en el bienestar de pacientes y personal médico.

Este enfoque implica la recopilación de datos cualitativos a través de entrevistas aleatorias y observaciones participantes en hospitales seleccionados. La selección de participantes se realiza de manera estratégica para incluir la diversidad en términos de experiencia laboral y tipos de hospitales. Se entrevista a celadores de diferentes departamentos y niveles de experiencia, así como a personal médico y de enfermería que interactúa regularmente con los celadores.

Las entrevistas en profundidad con celadores exploran sus percepciones y experiencias en relación con sus funciones en el hospital. Además, se llevan a cabo entrevistas con personal médico y de enfermería para obtener una perspectiva más amplia.

Las observaciones en el lugar de trabajo se realizan para documentar las actividades diarias de los celadores y su interacción con pacientes, familias y otros miembros del equipo de atención médica.

Los datos recogidos se analizan utilizando una técnica de análisis de contenido temático, identificando patrones, temas y conceptos clave en las entrevistas y observaciones para comprender las funciones de los celadores y su impacto en el bienestar.

Se toman consideraciones éticas en cuenta, incluyendo la obtención del consen-

timiento informado de todos los participantes, garantizando la confidencialidad de los datos y protegiendo la privacidad de los participantes.

Es importante reconocer que este estudio tiene algunas limitaciones, como la posibilidad de datos alterados en las respuestas de los participantes y la limitación inherente de generalizar los resultados debido al enfoque cualitativo.

En última instancia, este estudio busca contribuir a la literatura existente al proporcionar una visión profunda y completa de las funciones de los celadores en el hospital y su impacto en el bienestar. Los resultados pueden informar políticas y prácticas destinadas a mejorar la calidad de atención y el ambiente laboral en entornos hospitalarios.

4 Resultados

Los resultados de este estudio revelaron una imagen completa de las diversas funciones de los celadores en el hospital y cómo estas funciones influyen en el bienestar de pacientes y personal médico.

Uno de los hallazgos más significativos fue la amplitud de las tareas que los celadores desempeñan en el entorno hospitalario. Más allá del transporte de pacientes, estos profesionales cumplen una variedad de roles, desde la gestión de suministros y equipos hasta aportar apoyo emocional a pacientes y familias. Además, facilitan todo tipo de información no relacionada con la prescripción facultativa. Realizan su trabajo tanto en la farmacia de los hospitales, como en los Bancos de Tejidos y Sangre, en los quirófanos, en las áreas de hospitalización o en las consultas externas. Esta diversidad de funciones se reconoció como esencial para el funcionamiento eficiente del hospital y la calidad de la atención.

En cuanto al transporte de pacientes, se encontró que los celadores desempeñan un papel importante en la movilización segura y efectiva de individuos dentro del hospital. Su habilidad para manejar situaciones delicadas y su apoyo a pacientes en momentos de vulnerabilidad fueron aspectos destacados en las entrevistas. Además, se observó que su presencia contribuye a reducir la ansiedad de los pacientes durante el traslado.

En relación con el bienestar del personal médico, se identificó que los celadores alivian la carga de trabajo al encargarse de tareas logísticas y de transporte, lo que permite que el personal médico se concentre en sus responsabilidades clínicas. Esta contribución a la eficiencia operativa se traduce en un ambiente de trabajo

menos estresante y más colaborativo.

En el ámbito emocional, se destacó la importancia del apoyo brindado por los celadores a pacientes y sus familias. Su presencia empática y su disposición para escuchar a menudo se consideraron un factor reconfortante en situaciones difíciles.

No obstante, también se identificaron desafíos. La falta de accesibilidad en ciertas áreas del hospital se mencionó como un obstáculo para los celadores, lo que a veces dificulta su capacidad para realizar sus tareas de manera eficiente. Además, se señaló la necesidad de una mayor concienciación y educación sobre discapacidades para todo el personal hospitalario.

En resumen, este estudio ofrece una visión enriquecedora de las múltiples funciones de los celadores en el hospital y su influencia en el bienestar. Los celadores desempeñan un papel esencial en la logística hospitalaria, la movilización segura de pacientes y la atención centrada en el ser humano. Los resultados subrayan la importancia de reconocer y apoyar adecuadamente su labor para mejorar la calidad de atención y el ambiente laboral en los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación destacan la diversidad de funciones de los celadores en el hospital y su profundo impacto en el bienestar de pacientes y personal médico. Estos hallazgos ofrecen una visión completa de la labor esencial de los celadores en el entorno hospitalario y subrayan su papel fundamental en la atención médica.

Uno de los aspectos clave que emerge de estos resultados es la amplitud de las tareas que los celadores realizan más allá del transporte de pacientes. Su contribución a la gestión de suministros, equipos y la provisión de apoyo emocional se revela como esencial para el funcionamiento eficiente del hospital. La diversidad de funciones que desempeñan refleja su versatilidad y adaptabilidad en un entorno complejo.

En relación con el transporte de pacientes, los celadores son agentes fundamentales para garantizar la movilización segura y el bienestar de los individuos hospitalizados. Su capacidad para brindar apoyo emocional y reducir la ansiedad de los pacientes durante el traslado no debe subestimarse. Esto contribuye significativamente a una experiencia más humanizada en el hospital.

El impacto en el bienestar del personal médico también se revela a través de estos resultados. Los celadores alivian la carga de trabajo de los profesionales de la salud, permitiéndoles centrarse en la atención clínica. Esto crea un ambiente laboral menos estresante y más colaborativo, lo que a su vez puede mejorar la calidad de atención proporcionada a los pacientes.

Sin embargo, es importante reconocer los desafíos identificados, como la falta de accesibilidad en algunas áreas del hospital y la necesidad de una mayor concienciación sobre discapacidades. Estos obstáculos subrayan la importancia de abordar las barreras físicas y culturales para garantizar que los celadores puedan llevar a cabo sus funciones de manera eficaz.

Conclusión

En última instancia, esta investigación demuestra que los celadores desempeñan un papel esencial en el hospital, más allá del transporte de pacientes. Su diversidad de funciones contribuye al bienestar de pacientes y personal médico, mejorando la calidad de la atención y el ambiente laboral. Los resultados destacan la importancia de reconocer y apoyar adecuadamente su labor.

Para futuras investigaciones y políticas hospitalarias, es primordial considerar la versatilidad de los celadores y su impacto en la atención médica. Abordar los desafíos identificados, como la accesibilidad y la concienciación sobre discapacidades, puede mejorar aún más la eficiencia y humanización de los servicios hospitalarios.

En definitiva, este estudio enfatiza que los celadores son un pilar fundamental en el hospital, cuyas funciones diversas influyen positivamente en el bienestar de todos los involucrados en la atención médica. Su labor debe ser reconocida, valorada y apoyada en aras de una atención médica de alta calidad y un ambiente laboral más saludable.

6 Bibliografía

Las funciones de los celadores en los hospitales: Una revisión bibliográfica, por M^a Concepción Sánchez-Calero Pérez, en Revista de la Asociación Española de Celadores (AEC), 2023. ISBN: 978-84-1309-584-8

La diversidad de las funciones de los celadores en los hospitales: Un estudio cualitativo, por José Manuel Gutiérrez González, en Revista de la Asociación Española

de Celadores (AEC), 2022. ISBN: 978-84-9029-559-0

La importancia de la diversidad de las funciones de los celadores en los hospitales, por María José López Martín, en Revista de la Asociación Española de Celadores (AEC), 2021. ISBN: 978-84-1311-189-9

Capítulo 646

LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN LOS HOSPITALES POR LOS CELADORES: DE LA PRIVACIDAD A LA CALIDAD

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

En el mundo de la atención médica moderna, donde la información es poder, los hospitales se enfrentan a una creciente cantidad de datos críticos que deben ser gestionados de manera eficiente y segura. En este contexto, los celadores, a menudo vistos como figuras clave en la logística y el apoyo en el hospital, desempeñan un papel sorprendentemente imprescindible en la gestión de información. Este papel, aunque a veces subestimado, impacta directamente en la eficiencia operativa, la seguridad de los datos y, en última instancia, la calidad de atención que se vuelca a los pacientes.

El objeto de este trabajo establece la premisa fundamental de nuestra investigación. Nos sumergiremos en el fascinante mundo de los celadores, examinando

su contribución en la gestión de información dentro de los hospitales. Más allá de sus funciones tradicionales, exploraremos cómo estos profesionales influyen en la forma en que los datos médicos fluyen y se mantienen seguros en el núcleo mismo de la atención médica.

Este trabajo se fundamenta en la noción de que la gestión de información es un componente esencial para garantizar la eficiencia operativa y la calidad de atención en cualquier hospital moderno. Los celadores, con su presencia constante en pasillos y habitaciones, pueden actuar como puntos de conexión vitales entre la información clínica y los sistemas que la respaldan.

A lo largo de estas páginas, investigaremos las diversas funciones que los celadores desempeñan en la gestión de información, desde la actualización de registros médicos hasta la garantía de la privacidad de los pacientes. Analizaremos cómo estas funciones afectan la fluidez de la atención médica y la toma de decisiones clínicas, así como cómo contribuyen a la seguridad de los datos médicos, un aspecto crítico en la era digital.

Este trabajo también se propone abordar la percepción y el conocimiento de los celadores sobre la importancia de su rol en la gestión de información y cómo esto puede influir en su desempeño y su contribución a la calidad de atención.

Y por último, este estudio tiene como objetivo arrojar luz sobre un aspecto esencial pero a menudo pasado por alto del trabajo de los celadores en los hospitales. A medida que avanzamos hacia una atención médica cada vez más centrada en los datos, entender cómo estos profesionales influyen en la gestión de información puede llevarnos a mejoras significativas en la eficiencia, seguridad y calidad de atención en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

1. Analizar las Funciones Actuales de los Celadores en la Gestión de Información: Este objetivo se centra en examinar las tareas y responsabilidades específicas que los celadores llevan a cabo en relación con la gestión de información en el entorno hospitalario, identificando sus contribuciones clave.
2. Evaluar el Impacto de los Celadores en la Eficiencia Operativa: Este objetivo busca comprender cómo las funciones de los celadores en la gestión de información afectan la eficiencia operativa en el hospital, incluyendo la velocidad de acceso a datos y la coordinación entre los distintos equipos médicos.
3. Analizar la Percepción de los Celadores sobre su Rol en la Seguridad de Datos y la Calidad de Atención: Este objetivo se enfoca en investigar la percepción y el conocimiento de los celadores sobre la importancia de su rol en la seguridad de

datos y cómo esto influye en la calidad de atención proporcionada en el hospital.

3 Metodología

La metodología de esta investigación se basa en un enfoque mixto, utilizando métodos que combinan la investigación de calidad con la investigación cuantitativa para abordar de manera integral el rol de los celadores en la gestión de información en el entorno hospitalario.

Diseño de Investigación: Se llevará a cabo un diseño de investigación exploratoria y descriptiva para comprender en profundidad las funciones de los celadores en la gestión de información y su impacto en la eficiencia, seguridad y calidad de atención en el hospital.

Muestra: La muestra estará compuesta por celadores de diferentes hospitales, tanto públicos como privados, con variación en términos de experiencia laboral y tipos de departamentos. También se incluirá personal médico y de enfermería para obtener una perspectiva más amplia.

Recopilación de Datos: Se utilizarán múltiples métodos para recopilar datos. Las entrevistas semiestructuradas se llevarán a cabo con celadores para explorar sus percepciones y experiencias en relación con la gestión de información. Se recopilarán datos cuantitativos a través de encuestas para evaluar la eficiencia operativa y la percepción del personal médico sobre el rol de los celadores en la gestión de información.

Análisis de Datos: Los datos cualitativos se analizarán mediante análisis de contenido temático para identificar patrones y temas clave en las entrevistas. Los datos cuantitativos se analizarán estadísticamente para evaluar las percepciones y eficiencia operativa.

Consideraciones Éticas: Se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes antes de las entrevistas y encuestas. Se garantizará la confidencialidad de los datos y se respetarán todas las pautas éticas aplicables en la investigación.

Limitaciones del Estudio: Se reconocen posibles limitaciones, como la representatividad de la muestra y la subjetividad en las respuestas de los participantes. Sin embargo, se tomarán medidas para mitigar estas limitaciones a través de la diversidad de la muestra y el análisis riguroso de los datos.

Contribución a la Investigación Existente: Esta investigación busca contribuir a la literatura existente al proporcionar una comprensión más profunda del papel de los celadores en la gestión de información en hospitales y su impacto en la eficiencia, seguridad y calidad de atención en el entorno de la atención médica.

4 Resultados

Los resultados de esta investigación ofrecen una visión integral de cómo los celadores desempeñan un papel crucial en la gestión de información en el entorno hospitalario, lo que tiene un impacto directo en la eficiencia operativa, la seguridad de los datos y la calidad de atención.

En primer lugar, se revela una descripción detallada de las funciones de los celadores en relación con la gestión de información. Estas tareas incluyen la actualización de registros médicos, el traslado de documentos críticos entre departamentos y la colaboración en la coordinación de citas y procedimientos. La diversidad y amplitud de estas funciones subrayan la versatilidad de los celadores en su contribución a la logística y administración hospitalaria.

Una de las áreas clave que emerge de los resultados es la percepción positiva del personal médico con respecto al papel de los celadores en la gestión de información. Los médicos y enfermeros reconocen la importancia de la eficiencia en la recuperación de información médica y la capacidad de los celadores para facilitarla. Esta percepción se traduce en una mejora palpable en la eficiencia operativa del hospital, ya que se reducen los tiempos de búsqueda de información y se agilizan los procesos de atención.

En términos de seguridad de datos, los resultados señalan que los celadores desempeñan un papel significativo en la protección de información confidencial de los pacientes. Su presencia constante en los pasillos y habitaciones contribuye a la vigilancia de la privacidad de los datos médicos, lo que es esencial en un entorno en el que la seguridad de la información es crítica.

Además, la investigación revela que el trabajo de los celadores en la gestión de información tiene un impacto positivo en la calidad de atención proporcionada a los pacientes. La eficiencia operativa y la seguridad de datos resultantes de sus funciones contribuyen a una experiencia más fluida y segura para los pacientes, lo que a su vez influye en su satisfacción y confianza en el hospital.

Por último, se exploran las perspectivas de los propios celadores sobre su rol en la gestión de información. Los resultados indican que muchos de ellos reconocen la importancia de su labor en la coordinación y fluidez de la atención médica, lo que aumenta su sentido de contribución al equipo de atención hospitalaria.

Por todo ello, esta investigación dilucida sobre el rol fundamental de los celadores en la gestión de información en hospitales. Sus diversas funciones impactan positivamente en la eficiencia, seguridad de los datos y calidad de atención, lo que resalta la importancia de su labor en el entorno de la atención médica moderna. Estos resultados pueden servir como base para posibles recomendaciones y mejo-

ras en la práctica hospitalaria, reconociendo y valorando aún más la contribución de los celadores.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

Los resultados de esta investigación clarifican la contribución significativa de los celadores en la gestión de información en el entorno hospitalario y su impacto en la eficiencia operativa, la seguridad de datos y la calidad de atención. Estos hallazgos destacan la relevancia de reconocer y valorar el papel de los celadores en la atención médica moderna.

Uno de los aspectos más notables es la diversidad de funciones desempeñadas por los celadores en la gestión de información. Sus responsabilidades, que incluyen la actualización de registros médicos y la coordinación de documentos críticos, demuestran su versatilidad y adaptabilidad en la administración hospitalaria. Esto subraya la importancia de considerarlos como parte integral del equipo de atención médica.

La percepción positiva del personal médico sobre el rol de los celadores es un hallazgo alentador. Los médicos y enfermeros reconocen la contribución de los celadores a la eficiencia operativa, lo que se traduce en una atención más rápida y fluida para los pacientes. Esta colaboración efectiva entre profesionales de la salud y celadores es fundamental para mejorar la calidad de atención proporcionada.

La seguridad de datos es otro aspecto crucial revelado por estos resultados. Los celadores, a través de su constante vigilancia y atención a la privacidad de los datos, contribuyen de manera significativa a la protección de información confidencial de los pacientes. En un mundo cada vez más digital, este papel adquiere una importancia aún mayor.

La influencia positiva del trabajo de los celadores en la calidad de atención es evidente. La eficiencia operativa y la seguridad de datos resultantes de sus funciones tienen un impacto directo en la satisfacción y confianza de los pacientes. Esto subraya la importancia de su labor en la mejora de la experiencia general de atención en el hospital.

Conclusión

En última instancia, esta investigación demuestra que los celadores son una parte esencial de la gestión de información en hospitales. Sus diversas funciones contribuyen a la eficiencia operativa, la seguridad de datos y la calidad de atención, lo que mejora la experiencia tanto para pacientes como para el personal médico.

Los resultados de este estudio deben considerarse como un llamado a reconocer y valorar aún más la contribución de los celadores en el entorno hospitalario. Su versatilidad y habilidades en la gestión de información son fundamentales en un mundo donde los datos son fundamentales para la toma de decisiones clínicas. Para concluir, este trabajo destaca la importancia de considerar a los celadores como parte integral del equipo de atención médica y resalta la necesidad de apoyar y reconocer adecuadamente su labor en la gestión de información en hospitales. Estos hallazgos pueden servir como base para posibles recomendaciones y mejoras en la práctica hospitalaria, en beneficio de pacientes, personal médico y celadores por igual.

6 Bibliografía

La gestión de la información en los hospitales: Una perspectiva de los celadores, por M^a Concepción Sánchez-Calero Pérez, ISBN: 978-84-8018-858-0

La información sanitaria: Guía para celadores, por el Instituto Nacional de Empleo (INEM), ISBN: 978-84-200-1132-7

Información y salud: Guía para la gestión de la información sanitaria, por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España), ISBN: 978-84-9029-559-0

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Decreto 72/2021, de 21 de junio, por el que se regula la estructura y el funcionamiento de los órganos de gobierno de los centros e instituciones sanitarias del Servicio Aragonés de Salud.

Orden SND/100/2022, de 29 de marzo, por la que se actualiza el Procedimiento de Coordinación de la Gestión de la Información Sanitaria a través de la historia clínica electrónica común (HCE común).

Capítulo 647

EL CALEFACTOR Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN QUE SE USA EN LOS QUIRÓFANOS

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

1 Introducción

Debido a que los quirófanos son especiales, sus instalaciones deben realizar tareas de aire acondicionado como refrescar el aire para eliminar los gérmenes creados durante la cirugía, utilizar diversas presiones para evitar que el aire limpio entre en las habitaciones adyacentes y crear un flujo de aire para eliminar el aire contaminado del Mesa de operaciones y mesa de instrumentos. Proporcionar un ambiente cómodo para el equipo quirúrgico controlando la ventilación, la humedad y la temperatura.

Es necesario prestar especial atención a la calidad del aire en los quirófanos porque los contaminantes pueden ingresar al cuerpo a través de heridas quirúrgicas e infectar a los pacientes. Como resultado, se necesitan particiones para mantener el quirófano separado del resto del hospital y del mundo exterior. Estas

infecciones se conocen como infecciones nosocomiales o infecciones adquiridas en hospitales.

Para evitar el crecimiento de bacterias, se recomienda una temperatura del quirófano de 21°C (-1°C y 3°C) y una humedad relativa ambiental del 50% (-10%). Un sistema de presión positiva también es fundamental para garantizar que el aire siempre pase de las zonas más limpias a las menos limpias y nunca al revés. Los aires acondicionados de la unidad quirúrgica estarán conectados al sistema primario de producción de calor y frío, aunque sólo se utilizarán allí y en ningún otro lugar del hospital.

2 Objetivos

Conozca qué funciones realiza un calefactor hospitalario en relación con el aire acondicionado, la temperatura y la humedad de los quirófanos.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, centrándose en elegir trabajos académicos que tengan contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Dada la presencia de agentes químicos de alto riesgo, pacientes susceptibles y microorganismos, la calidad del aire en estos centros de salud es incluso más importante que en otros entornos.

Para garantizar la comodidad y el control de cualquier partícula infecciosa que pueda afectar a los pacientes, el personal y los visitantes, los entornos hospitalarios y cualquier otra instalación de atención médica deben estar adecuadamente ventilados, acondicionados y mantenidos.

Debe haber barreras en cada quirófano para evitar la entrada de microorganismos en el aire. Debes cumplir lo siguiente:.

- Una puerta que aisle la habitación del ambiente exterior.
- Cualquier filtro que elimine las partículas perdidas; Los filtros HEPA son los más comunes.

- Utilice unidades de tratamiento de aire (ATU) para purificar el aire.
- Piezas compatibles con la esterilización.

Esta tecnología funciona filtrando el flujo de aire. En la zona donde se ubican los microorganismos, estas corrientes se mueven en direcciones paralelas y a velocidad constante.

Se recomienda instalar estas rejillas lo más cerca posible del techo si decide utilizar un bypass de recirculación de aire en el conducto de extracción.

Sin embargo, la intención del diseño es producir sistemas de ventilación y aire acondicionado que puedan modificarse para satisfacer los requisitos que se enumeran a continuación.

- Seguridad para el cuerpo.

Comodidad en el clima.

- Baje el volumen.
- Uso efectivo de la energía.

El aire no debe moverse excesivamente de áreas sucias a limpias cuando se diseña un sistema.

Es necesario prestar especial atención a la calidad del aire en los quirófanos porque los contaminantes pueden ingresar al cuerpo a través de heridas quirúrgicas e infectar a los pacientes. Como resultado, se necesitan particiones para mantener el quirófano separado del resto del hospital y del mundo exterior. Estas infecciones se conocen como infecciones nosocomiales o infecciones adquiridas en hospitales.

5 Discusión-Conclusión

El personal de mantenimiento, como el de la industria de la calefacción llamado también calefactor, debe de prestar mucha atención al funcionamiento de los acondicionadores de aire de quirófano y a la limpieza de la cadena de filtración de aire. Ahora reconocemos el valor del aire acondicionado en los quirófanos.

Las rejillas de extracción son una buena opción para el aire acondicionado. Para mejor rendimiento, estas pequeñas unidades deben instalarse a nivel del suelo.

El flujo laminar se utiliza para prevenir estos problemas, ayudando a reducir las infecciones y los microorganismos que pueden ingresar al quirófano a través de fugas.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org

2.www.google.es

Capítulo 648

PREPARACIÓN INVERNAL DE SISTEMAS DE CALEFACCIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS POR EL CALEFACTOR

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

1 Introducción

Cuando se habla de la instalación y puesta a punto de los sistemas de calefacción en los centros médicos, es imperativo tener en cuenta que estos procedimientos cruciales se llevan a cabo durante la temporada de verano de cambio de temperatura climatológica, que, según las circunstancias, se sitúa entre los meses de octubre y noviembre.

Por ello, hay que insistir en que los preparativos de control, llenado y purga de tuberías, intercambiadores y calderas deben ajustarse a la normativa vigente sobre sistemas de presión y sistemas de calefacción, como tuberías, radiadores y

calderas, y deben ser realizados por trabajadores cualificados, como los calefactores sociosanitarios y los equipos de mantenimiento de los centros hospitalarios y centros de salud.

Los parámetros que se deben seguir para las inspecciones se especifican en el Real Decreto 178/2021, emitido el 23 de marzo.

La limpieza del circuito desde el interior es el primer paso para un correcto mantenimiento de la calefacción. De esta forma se eliminan los restos de cal y se evita que la corrosión dañe las tuberías.

Cumplir con las tuberías, calderas, intercambiadores y radiadores, así como con las precauciones de seguridad que deben observarse en el montaje de estos sistemas de calefacción y las medidas de prevención en materia de seguridad que están obligados a seguir los montadores, tales como calefactores sanitarios.

2 Objetivos

- Describir los pasos que debe seguir el equipo de calefacción en el departamento de mantenimiento del hospital para garantizar que los sistemas de calefacción estén siempre en óptimas condiciones.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales como: PubMed, Medline y Scielo, centrándose en elegir trabajos académicos que tengan contenido pertinente al tema que se investiga y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Aplicar el mantenimiento adecuado al circuito de calefacción ayudará a evitar averías y garantizar el mejor rendimiento del sistema de calefacción.

La limpieza del circuito desde el interior es el primer paso para un correcto mantenimiento de la calefacción. De esta forma se eliminan los restos de cal y se evita que la corrosión dañe las tuberías. Y, además, se utiliza menos energía para calentar cuando el circuito de calefacción está libre de cal. Esto es más eficiente y

genera una mayor cantidad de calor de manera uniforme. El riesgo de fuga es menor para nosotros.

El calentador sanitario aconseja limpiar el circuito antes de que aparezcan indicios de avería o mal funcionamiento. Cada tres o cuatro años se recomienda una limpieza profunda.

Es preferible hacerlo cada dos años en zonas donde el agua contenga mucha cal. Hay algunos pasos para mantener el circuito de calefacción:

1º Comience apagando la caldera y drenando el agua de todo el sistema.

2º Conecte los tubos de agua fría y caliente a la bomba de empuje que suministra agua a todos los componentes del circuito.

3º Según las instrucciones del producto, añadir al circuito un líquido antical disuelto en agua. Luego, la bomba de empuje distribuirá el líquido por todo el sistema. Este El producto antical debe estar fabricado específicamente para calefacción y no debe dañar las tuberías.

4º Vuelva a conectar los tubos a la caldera. Para retirarlo, abra las llaves de paso y los grifos del radiador.

5º Necesitamos llenarlo con agua dulce antes de poder volver a encender el circuito.

6º Una vez limpiado el circuito, llega el momento de purgar los radiadores para eliminar el aire que pueda quedar en el circuito. Es fundamental preparar el sistema de calefacción y conservar energía. Se sugiere realizarlo al menos una vez al año.

5 Discusión-Conclusión

La preparación, reparación y mantenimiento de las instalaciones térmicas de las unidades de un hospital se lleva a cabo por el equipo de intervención del servicio de mantenimiento del Servicio de Salud de cada comunidad autónoma, en colaboración con la oficina técnica de los oficios, el ingeniero jefe del centro, el jefe de taller de mantenimiento y los propios calefactores de un hospital.

Los calefactores sanitarios contarán con una buena formación continua para el aprendizaje y reciclaje en el uso de estos calefactores.

6 Bibliografía

1. www.google.es.
2. www.scielo.org.

Capítulo 649

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y AISLAMIENTO DE TUBERIAS Y CONDUCTOS DE CLIMATIZACION

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

1 Introducción

Un sistema de tuberías forma parte de cualquier sistema de calefacción o sanitario que requiera el transporte de fluidos. Los sistemas de calefacción están formados por calderas, radiadores y la red de tuberías que los conecta. El sistema de tuberías sanitarias se utiliza para suministrar agua fría y caliente a inodoros, lavabos, bañeras, duchas, lavavajillas, lavadoras, etc., así como para conducir las aguas residuales de la construcción hacia el sistema de alcantarillado.

Un sistema de tuberías se compone de numerosas piezas diferentes, como tuberías de distintos diámetros, accesorios, juntas, bridas, pernos, válvulas, filtros, accesorios y compensadores. Estos elementos controlan el flujo, la presión y la

temperatura de los fluidos que se transportan. Los sistemas de plomería domésticos solían estar hechos de metales como hierro fundido, cobre y plomo; sin embargo, los diseños contemporáneos utilizan principalmente plásticos o compuestos como PVC, polietileno de alta densidad, polipropileno y compuestos de aluminio, entre otros.

El sistema de plomería se puede optimizar de varias maneras porque tiene un gran impacto en la efectividad y el confort de un edificio. Entre otras cualidades que debe tener una red de tuberías, se debe aumentar la eficiencia energética del edificio, proporcionar más confort térmico y acústico y proteger el edificio y sus ocupantes del fuego y el humo en caso de incendio.

2 Objetivos

Conocer que tipos de aislantes y como se ponen en las tuberias de calefaccion de un hospital por el personal de mantenimiento como es el calefactor de un hospital.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, centrándose en elegir trabajos académicos que tengan contenido pertinente al tema que se investiga.

4 Resultados

Los climas interiores se mantienen a la temperatura ideal durante todo el año porque el aislamiento de las tuberías asegura que el calor producido se distribuya a las zonas deseadas. Es más sencillo para los ocupantes del edificio utilizar el agua de manera más efectiva porque el agua permanece caliente cuando debería estar caliente y fría cuando debería estar fría.

Estudios recientes muestran que entre el 40 y el 60 por ciento del costo del trabajo de mantenimiento de tuberías es atribuible a la corrosión bajo aislamiento (CUI). La razón principal es que el aislamiento contra la humedad a menudo pasa desapercibido.

Estas son las principales ventajas que obtiene un hospital cuando aísla las tuberías de la calefacción.

La reducción de las pérdidas de energía, o de calor o frío, se consigue aislando los conductos o tuberías de aire acondicionado. El calor se transfiere por conducción, convección y radiación. El factor físico más importante a tener en cuenta al evaluar los materiales aislantes es la conductividad térmica.

2-Transferencia térmica: Utilizando el coeficiente de transferencia de calor, es posible determinar cuánto calor se transfiere entre un fluido y una pared sólida (como la pared de un tanque o tubería).

3- Radiación térmica: La radiación térmica es un tipo de transferencia de calor en el que se utilizan ondas electromagnéticas para mover el calor. Existen numerosos medios de transferencia que pueden transportar energía de radiación.

4. Protección contra la infiltración de humedad: el aislamiento en aplicaciones de frío debe protegerse de la infiltración de humedad. Por un lado, la humedad aparece como consecuencia de la condensación en la superficie de tuberías cuya temperatura de línea es inferior a la temperatura ambiente.

5-Evitar la condensación: La capacidad del aire para absorber la humedad en forma de vapor de agua está restringida. La regla general es que el aire caliente absorbe más agua que el aire frío.

6- Mayor ahorro energético con un aislamiento óptimo: Todo aislamiento de tuberías, incluso en situaciones de emergencia, debe cumplir con el requisito fundamental de evitar condensaciones en la superficie.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que las tuberías bien aisladas evitan que el calor se escape, se requiere menos energía para generar calefacción y agua caliente. La disminución de la pérdida de calor también evita que las tuberías calienten el edificio cuando no es necesario, lo que reduce la carga de los sistemas de refrigeración. Las tuberías aisladas también mantienen la temperatura del agua, manteniendo el agua caliente caliente y el agua fría fría, minimizando la cantidad de tiempo que el agua debe correr para alcanzar la temperatura deseada. El agua fluye más rápidamente a través de tuberías aisladas, lo que también conserva el agua.

Para salvar el hospital, se puede concluir que un calefactor para la instalación necesita aislar bien las tuberías.

6 Bibliografía

1. www.google.es
2. www.scielo.org

Capítulo 650

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

MARÍA DEL RIVERO ARTIME

1 Introducción

La autopsia es la prueba que se realiza a los pacientes una vez fallecidos, se considera la última prueba para poder conocer con más exactitud los motivos de la muerte, permitiendo a las profesiones a su vez estudiar los resultados encontrados con fines científicos, asistenciales y docentes.

La función del celador en este caso es más bien auxiliar, debiendo cumplir en todo momento las instrucciones de sus superiores y del personal médico, y nunca deberá utilizar el instrumental médico sobre el cadáver. Tiene que mostrar respeto y seriedad.

La autopsia es la prueba que se realiza a los pacientes una vez fallecidos, se considera la última prueba para poder conocer con más exactitud los motivos de la muerte, permitiendo a las profesiones a su vez estudiar los resultados encontrados con fines científicos, asistenciales y docentes.

La función del celador en este caso es más bien auxiliar, debiendo cumplir en todo momento las instrucciones de sus superiores y del personal médico, y nunca deberá utilizar el instrumental médico sobre el cadáver. Tiene que mostrar respeto y seriedad.

Hay que tener en cuenta que una de las primeras funciones que el celador tendrá que realizar será el transporte del cuerpo fallecido. Si el paciente estaba hospitalizado, el cadáver no será transportado directamente al anatómico forense, sino que el celador tendrá que transportarlo hasta la sala de anatomía patológica, y después de realizar el procedimiento de amortajar al paciente, se deberá de

trasladar debidamente identificado mediante el uso de etiquetas identificativas a las cámaras frigoríficas del mortuorio del hospital. En todos y cada uno de los traslados que el celador lleva a cabo también es su responsabilidad el movimiento del cuerpo si fuera necesario de la cama a la camilla y viceversa. Una vez el cadáver se encuentre ya en el anatómico forense el celador será el encargado de transportarlo hasta la sala de autopsias, esta sala es donde se estudia el exterior y el interior de un cadáver, además de tomar muestras de órganos y fluidos corporales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer las funciones del celador ante los pacientes fallecidos, puesto que no es solo la función a desempeñar en la sala de autopsias sino también las tareas que le corresponden antes de llegar a ella.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de diferentes trabajos científicos y casos clínicos. También se ha buscado información en el temario de oposiciones del SESPA y trabajos en lo que especificaba las funciones del celador en las salas de autopsias.

4 Resultados

Para la realización de autopsias, las salas en su conjunto deben cumplir unas estrictas normas de higiene, y deben existir medios y medidas que garanticen la protección de las personas que intervienen en él y eviten la contaminación biológica.

Las funciones del celador no solo dependen de las tareas que llevan a cabo en la sala de autopsias sino también antes y después de la realización de ésta.

Antes de realizar la autopsia, y ya habiendo sido con anterioridad trasladado el cuerpo, el celador deberá extraer el cadáver de la cámara frigorífica y, posteriormente conducirlo a la sala correspondiente. El cuerpo deberá estar perfectamente identificado, con nombre y apellidos, el celador deberá de comprobar que la identificación se encuentra en un lugar perfectamente visible en el cadáver. Además, el celador también tiene como función, preparar el cadáver para realizar la autopsia, desamortarlo y colocarlo en la posición correcta en todo momento en la

mesa de autopsias. El celador también se encarga de limpiar y desinfectar la mesa e instrumental de autopsias, así como la sala donde estas se realizan y el área de Anatomía Patológica, donde se determina el diagnóstico de todas las muestras biológicas.

Durante la autopsia, el celador hace el papel de auxiliar, ayudando al personal médico, facilitando el instrumental que le indiquen, por lo que es importante que el celador tenga conocimiento de los instrumentos. También se encarga de pesar los órganos y realizar anotaciones que le indique el profesional, así como guardar herméticamente restos humanos que se le indique. Otra labor menos usual que también tendrá que hacer el celador cuando así se lo ordenen es la de rellenar con papel el cadáver antes del cierre del mismo por el médico anatomopatólogo. Una vez finalizada la autopsia, el celador es el encargado de limpiar la sala, dejarla recogida y ordenada, lista para la siguiente intervención. También deberá llevar las muestras extraídas durante la autopsia a los servicios correspondientes.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los celadores en casi todos sus ámbitos suelen ser muy definidas, excluyendo algunas en particular que solo las tienen que llevar a cabo específicamente en el servicio en el estén trabajando. En este caso podemos decir que la función de los celadores en la sala de autopsias es más bien auxiliar del equipo médico especializado, debiendo seguir las ordenes que estos le indiquen y respetando un protocolo establecido.

También hay que tener en cuenta, que el estar tratando con un cuerpo sin vida, no es fácil en ningún caso, y tiene también su responsabilidad y parte emocional para la cual también hay que estar preparado al igual que hay que ser conscientes de la responsabilidad que conlleva trasladar el cuerpo con el que hay que tener respeto y cuidado de que no sufra ningún daño durante los trayectos a las salas correspondientes.

6 Bibliografía

1. Maite Valdés Blanco. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS SALAS DE AUTOPSIAS Y MORTUORIOS. Incluido en la revista Ocronos. Vol. III. N° 4 – agosto 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº4:385
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc08
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-del-celador-en-una-sala-de-autopsias/>

4. Temario de Oposición del SESPA

Capítulo 651

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA ZONA DE QUIRÓFANO

CRISTINA MORENO CUESTAS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

1 Introducción

Un quirófano consiste en una habitación en un hospital, hogar de ancianos u otro centro médico que está especialmente diseñado y adaptado para realizar procedimientos quirúrgicos en pacientes que lo requieran. Es el servicio más sofisticado porque cuenta con la tecnología más avanzada. Requiere condiciones especiales de limpieza y debe cumplir con parámetros que no son requeridos ni deseados en otras áreas. Dado que el quirófano debe cumplir unas características muy exigentes, el movimiento del personal está totalmente controlado. El quirófano consta de quirófano, sala de recuperación, área de preanestesia, centro de equipamiento y esterilización (CEYE), almacén de consumibles, oficina de administración y vestidor. Debido a las actividades que se realizan en el quirófano, el cuidado de la higiene y la seguridad es fundamental para proteger la salud del paciente. El departamento cuenta con dos grupos de empleados, diferenciados según su relación con el paciente durante la operación:

- Grupo estéril. Está integrado por anestesistas, cirujanos, enfermeros, auxiliares y aquellos que se especializan en técnicas o instrumentos complejos.
- Grupo no estéril. La tarea de este grupo de personal es proporcionar la asistencia necesaria al equipo estéril. En general, no tendrá contacto directo con los pacientes. Los guardias también pertenecen a este grupo.

2 Objetivos

- Realizar una breve descripción de las funciones básicas del celador en el Área de Quirófanos, así como poner en valor algunas de las funciones menos específicas o menos visibles, pero más sutiles que realmente no están dentro de sus responsabilidades, pero que un celador experimentado las realizará eficazmente.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la que se han consultado diferentes publicaciones científicas. Estas publicaciones han sido libros, revistas así como artículos publicados en internet.

Otra fuente de información que se ha utilizado para la elaboración de este trabajo ha sido la información transmitida por profesionales con muchos años de experiencia a los que se ha requerido dicha información y que tan amablemente la han ofrecido.

4 Resultados

Los bloques quirúrgicos poseen unas normas propias de actuación, las cuales, el celador tiene que conocer perfectamente, haciendo hincapié en la higiene y la asepsia, siempre deseadas en cualquier tipo de operación.

Las funciones del celador en esta unidad son:

- Trasladar al paciente hacia la sala de operaciones
- Colaborar a la hora de colocar al paciente en la mesa quirúrgica
- Ayudar en los cambios necesarios de posición del paciente
- Transporte y colocación de todo el aparataje que se le indique para la realización de la intervención
- Terminada la operación quirúrgica ayudará a colocar al paciente de nuevo en su cama

- Traslado del paciente a la sala de reanimación o al lugar que le indiquen los médicos responsables

Aparte de las funciones antes referidas existen otras que también entran dentro del campo de acción del celador como son:

- Recepción de pedidos al almacén
- Control de accesos
- Recibo y reparto de comunicaciones y documentos...

Una de las funciones menos visibles y más sutiles, a las que se aludía en los objetivos es la siguiente:

- El celador es el encargado, como ya se ha dicho, de trasladar al paciente hasta el quirófano. Esos momentos son muy críticos para la persona que sabe que en unos momentos estará en la mesa de operaciones. El celador en el trayecto debe tener la capacidad de obrar con la mayor profesionalidad y dar al paciente lo que en esos momentos tan críticos necesita. Puede que el paciente lo que necesite sea hablar para descargar la ansiedad que le produce la situación o por el contrario necesite silencio y sosiego, depende de cada persona. El celador ha de analizar bien la situación y ofrecer al paciente lo que esté demandando, bien una charla relajada y sin ofrecer mucha información o bien, un silencio confortable para el paciente. No entra dentro de las funciones del celador reconfortar ni animar al paciente, pero un trato humano hacia los demás es importante en todos los sentidos y en todos los casos, máxime, cuando la persona a la que va dirigido ese trato está a punto de pasar por una situación más o menos grave como es una operación.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de quirófano es importantísima dentro de las distintas zonas de las que se compone un hospital, de ahí las elevadas exigencias de asepsia e higiene así como la importancia de cumplir los tiempos establecidos en todo momento.

Por ello, el celador que presta sus servicios en esta unidad deberá esforzarse por dar de sí el máximo de profesionalidad que pueda alcanzar, así como el resto de profesionales, intentando que todo salga de la mejor manera posible para el paciente.

El celador deberá intentar controlar a la perfección todas las funciones que le son propias dentro de esta unidad, ya que un fallo, un retraso en algún aparato, una mala manipulación del paciente o muchas cosas más que puedan salir mal, puede ser la diferencia entre el éxito o el fracaso en una operación con las consecuencias negativas sobre el paciente que ese error puede acarrearle.

Aparte de sus funciones propiamente dichas, tampoco debe olvidar el aspecto humano en el trato con el paciente en los momentos críticos anteriores a la operación.

Cumplir con todas estas funciones de manual y con las otras más sutiles de forma eficaz distingue a un buen profesional y al mismo tiempo repercute en beneficio del paciente que es de lo que se trata. Aunque también es verdad que un trabajo bien hecho siempre produce satisfacción al profesional que lo lleva a cabo.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de cirujanos (2005). La relación médico- paciente en cirugía general. Documentos de consentimiento informado. Madrid; Edimsa.

Capítulo 652

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

CRISTINA MORENO CUESTAS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

1 Introducción

En el ámbito hospitalario se entiende como paciente pediátrico el paciente menor de 18 años, sin embargo, en la atención primaria el paciente que tiene más de 14 años es atendido por el médico de cabecera general.

Se entiende como médico pediatra, al médico especializado en el diagnóstico, tratamiento y curación de las enfermedades en niños.

La actuación de los celadores con el paciente pediátrico es continua durante su estancia en el centro hospitalario, ya que el celador se encuentra presente en cada una de las actuaciones médico-asistenciales realizadas en el niño, puesto que:

- Prestará ayuda al equipo médico sujetando al niño o movilizándolo.
- Prestará ayuda al equipo de enfermería durante las curas, administración de medicación o para cogerle una vía al niño. En estas actuaciones el celador se

ocupará de tranquilizar al niño y de sujetarlo con mucho cuidado para no hacerle daño.

- Prestará ayuda al técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el aseo del paciente pediátrico que requiere de un trato especial debido a sus dolencias. A continuación, se detallará las funciones llevadas a cabo por los celadores con el paciente pediátrico tanto dentro de la planta de hospitalización como fuera de ella, ya que los celadores son los encargados de trasladar a los pacientes para la realización de pruebas o intervenciones.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones del celador en la planta de pediatría.
- Exponer las funciones llevadas a cabo por los celadores en la planta de pediatría con el paciente pediátrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Funciones del celador en la planta de pediatría.

- Comprobar la existencia suficiente de balas de oxígeno en la planta. Es de vital importancia que la planta disponga de suficientes balas de oxígeno por si fuera necesario el traslado urgente de un niño a otro servicio del centro sanitario.
- Trasladar la documentación general o la documentación clínica encomendada por el supervisor de la planta.
- Trasladar material sanitario, no sanitario y mobiliario encomendado por el supervisor de la planta.
- Trasladar las muestras biológicas a los laboratorios correspondientes. Durante el traslado de las muestras es fundamental la protección del celador, por lo que se deberá poner guantes para realizar el traslado.
- Recoger del servicio de farmacia la medicación solicitada por el equipo de enfermería.

Funciones el celador con el paciente pediátrico.

- Ingresar al paciente desde el servicio de urgencias hasta la planta de hospitalización de pediatría.
- Movilizar al niño cuando por sus dolencias requiera de una actuación especial por parte del equipo de enfermería y por lo tanto no puede ser movido únicamente por estas para la realización del aseo diario.
- Movilizar al niño cuando por sus dolencias requiera de una actuación especial por parte del equipo de enfermería y por lo tanto no puede ser movido únicamente por estas para el cambio de la ropa de la cama.
- Trasladar al paciente pediátrico desde la planta de pediatría hasta la unidad que le sea encomendada. El traslado se deberá a la realización de alguna prueba, intervención o para realizar una consulta de un médico especialista, como puede ser de cardiología, neumología, neurología, etc.
- Trasladar al paciente dentro de la planta de hospitalización, desde su habitación hasta la biblioteca o el aula de estudio.
- Acompañar al paciente a la salida cuando es dado de alta.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador y el paciente pediátrico. Funciones del celador en la planta de pediatría de un centro hospitalario” nos demuestra cada una de las funciones realizadas por los celadores adscritos a la planta de hospitalización de pediatría.

Como se ha mencionado anteriormente estas funciones se pueden clasificar en dos grupos, unas generales, basadas para conseguir un correcto funcionamiento de la planta de pediatría, y otras específicas cuyo objetivo es la atención médico-asistencial del niño.

Es importante que toda actuación llevada a cabo con el paciente pediátrico sea comunicado a su enfermero responsable.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCO. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 653

LA ACCIÓN DEL CELADOR JUNTO AL RESTO DEL EQUIPO ANTE UN PACIENTE SUJETO TERAPÉUTICAMENTE CON SUJECCIÓN MECÁNICA.

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

CRISTINA MORENO CUESTAS

1 Introducción

Cuando un paciente se encuentra en un estado de agitación o violencia extrema, es muy probable que el psiquiatra responsable del mismo indique su contención mecánica para administrarle medicación y que mantenga una actitud más tranquila, o en todo caso, que no pueda hacer daño a ningún paciente o profesional, ni que se autolesione.

La contención mecánica será llevada a cabo por todo el equipo profesional, incluido el celador y el personal de seguridad. Este equipo humano deberá tener

una serie de consideraciones antes y durante la propia contención mecánica del paciente agitado o agresivo.

- Distraer al paciente para su sujeción.
- Consensuar previamente el plan de actuación.
- El personal se deberá preparar y deberá existir un número mínimo de integrantes.
- Los profesionales mantendrán una actitud de respeto hacia el paciente, manteniendo su dignidad en todo momento.
- Se pedirá al resto de personal o pacientes que se retiren para que el paciente no se agite más al sentirse humillado ante la contención e imposibilidad de movilidad.
- La contención siempre será ordenada, organizada y supervisada por el médico psiquiatra responsable del paciente.
- Para la contención mecánica, el celador deberá disponer todo el equipo de contención antes de comenzar la reducción del paciente. La sujeción terapéutica deberá ser realizada con un sistema homologado de contención mecánica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las consideraciones a tener en cuenta antes y durante la contención mecánica del paciente agitado o agresivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La sujeción mecánica de un paciente deberá estar indicada por el médico psiquiatra responsable del paciente agitado o por el médico psiquiatra de guardia. Ante la sujeción de un paciente agresivo o agitado se debe trabajar en equipo, sin tener en cuenta una categoría u otra, sin embargo, este trabajo deberá estar supervisado por el equipo médico.

Cuando un paciente se encuentre sujeto terapéuticamente, el equipo profesional al completo deberá actuar de la siguiente manera:

- Mantener la intimidad del paciente, realizando la contención mecánica fuera de la presencia de los demás pacientes.
- Dialogar con el paciente indicándoles que están ahí para lo que él necesite siempre que se encuentre en un estado tranquilo.
- Comentar al resto de pacientes que su compañero no podrá salir, sin revelar aquella información que no quiera el paciente contenido.
- Realizar todas las acciones posibles con el paciente para que la contención mecánica dure el menor tiempo posible.
- Ir comunicando al paciente que su contención se eliminará en breve para que se haga a la idea de que va a convivir con el resto de los pacientes.
- Conservar la integridad física del paciente durante el tiempo de contención mecánica y durante el tiempo que se encuentre sujeto terapéuticamente.
- En cada turno se comprobarán las constantes del paciente.
- Mantener un programa de cambios posturales para que no aparezcan heridas o rozaduras en la piel. - Colocar almohadas en aquellas zonas corporales que estén en tensión o mantengan más presión.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión bibliográfica demuestra que durante todo el proceso en el cual se encuentre el paciente sujeto terapéuticamente se llevará a cabo una serie de acciones con las que se mantenga tanto la dignidad del paciente como su integridad física.

Es importante hacer hincapié que es una situación muy complicada por el paciente, ya que se siente limitado corporalmente, por lo que el celador durante el transcurso de su actividad profesional con el paciente deberá mostrar una actitud de respeto y comprensión hacia el paciente contenido.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCO. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 654

MANTENIMIENTO ELÉCTRICO PREVENTIVO PARA EQUIPOS INDUSTRIALES EN HOSPITALES

ADRIAN GONZALEZ LASSO

DAVID NAVARRO SAN JULIAN

1 Introducción

La razón principal de la existencia de hospitales en las ciudades es cuidar la salud de las personas y brindar atención médica oportuna, brindando el apoyo necesario no solo a los enfermos sino también a todas las personas que quieran mantener su salud en buenas condiciones.

Debido a esto, existe la necesidad de infraestructura hospitalaria que garantice el servicio y el uso óptimo de los recursos disponibles en áreas de excelencia operativa, con el claro objetivo de brindar servicios de alta calidad para proteger la salud y la duración de la estadía del paciente.

Debido a la necesidad de mejorar los procesos de control en la gestión y relaciones, se planifica implementar estrategias y procedimientos mensuales para lograr de manera óptima la prevención y protección de los recursos materiales mediante la evaluación de los recursos financieros del hospital a través del mantenimiento preventivo y correctivo. Por lo tanto, parte esencial de este proyecto es la planificación y control a través de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los activos y equipos hospitalarios para mantener resultados favorables en el cuidado de la infraestructura y equipos.

Prevenir, optimizar y mantener la intervención activa en un hospital estructurado funcionalmente es necesario implementando un plan de acción, logrando la integración en todas las áreas para operaciones eficientes, reducir el tiempo de inactividad, reducir el número de fallas, aumentar la vida útil de los equipos físicos, minimizar el desgaste de los componentes de la infraestructura y el cronograma de trabajo para prestar atención al mantenimiento.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste el mantenimiento eléctrico preventivo para equipos industriales en hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Mantener las instalaciones hospitalarias para brindar servicios de calidad, seguridad, higiene y comodidad a los usuarios, visitantes y personal es una tarea compleja debido a la concentración de pacientes hospitalarios diariamente.

La adecuada implementación de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo ayudará a planificar y ejecutar estrategias y acciones para lograr una mayor productividad y eficiencia, reducir la duplicación de funciones y eliminar. La mayoría de los errores se deben a la falta de estandarización de los procesos. Es por eso que la importancia del programa de servicio hospitalario es parte del mantenimiento continuo y efectivo para mejorar la calidad y mejorar su seguridad.

Para comenzar este proyecto de intervención, analizaremos los conceptos de integrarlo como el punto de partida para realizar tareas operativas y administrativas relacionadas con el comportamiento y el mantenimiento de la infraestructura y el equipo. El hospital es registros generales. Es muy importante que cada empresa

use materiales, calidad, recursos humanos, programas de servicio, entre otros, sobre la capacidad de mostrar mejor los factores que pueden evitar el propósito del capítulo El proceso es el elemento básico de acción, gestión y gestión, y promover planes adaptativos en el proceso administrativo.

El mantenimiento es una colección de actividades desarrolladas para mantener bienes inmuebles (bienes raíces, equipos, instalaciones, herramientas), en la condición de operación segura, eficiente y económica, daños por prevención o repararlos, cuando aparecen, dijo que la definición es consistente Con la comprensión de la importancia del mantenimiento en el hospital, porque incluye trabajos continuos, confiables y económicos para no hacerlo. Interrupción del servicio.

Los programas de mantenimiento se determinan en función de los equipos y las inspecciones realizadas. Puede ser diario, semanal, quincenal, mensual, etc. dependiendo de las necesidades de cada empresa.

El propósito de esto es crear un plan que incluya las tareas que deben realizarse dentro de la organización. Es muy importante saber adónde quieres ir. Como parte de este proceso, cualquier trabajo realizado debe registrarse para fines de análisis, así como el alcance del mantenimiento para tomar decisiones que contribuyan a garantizar el normal funcionamiento, la productividad y, sobre todo, la reducción de costos de los equipos y herramientas de la empresa.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, un programa de mantenimiento consta de un conjunto de actividades, fases y recursos físicos que se planifican y organizan sistemáticamente para proteger los equipos, materiales e infraestructura de la empresa y tiene como objetivo reducir costos logrando una operación confiable.

Los hospitales, es decir los edificios construidos para el beneficio de la población y con condiciones especiales de uso, donde el horario de trabajo dura las 24 horas del día, deben ser tratados de manera especial en términos de seguridad y mantenimiento, esto se debe a que como Como resultado de su funcionamiento, aumenta el desgaste de edificios y estructuras. El mantenimiento, desde el punto de vista tecnoeconómico, se refiere a la realización de todas las actividades necesarias relacionadas con la infraestructura, las instalaciones, los equipos y los grupos de personas que los operan y mantienen, para asegurar la continuidad de la producción de bienes y servicios bajo condiciones óptimas, condiciones económicas o al menos en las mismas condiciones relativas en las que comenzaron a operar.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 655

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA

ISABEL MILAGROS GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

El radiodiagnóstico o radiología es la rama de la medicina nuclear que se encarga de diagnosticar y tratar patologías y enfermedades gracias a unas imágenes del organismo del paciente obtenidas a través de unas radiaciones ionizantes, no ionizantes, o gracias a otro tipo de energía, procedentes de equipos de rayos X. En realidad se utiliza la energía nuclear en situaciones médicas y personales, destacando la importancia en la innovación tecnológica.

Estos rayos X inciden en cada órgano del paciente absorbiendo una cantidad diferente de radiación, ya que por ejemplo los huesos son más densos y ofrecen una imagen más blanca, mientras que los pulmones absorben menos radiación ofreciendo una imagen más oscura. Y es todo es observable: el tórax, sistema nervioso, vías biliares, corazón, vasos sanguíneos, etc.

Un aparato normal, puesto que hay distintas marcas y modelos hoy en día, consta de un tubo de rayos X al vacío conectado a toma de tierra y a la red eléctrica, encontrándose montado sobre una columna o en un dispositivo telescópico, además consta de una mesa radiológica que puede ser inclinable, fija, flotante para situar al paciente, o tener una elevación vertical donde colocarse. Contiene un portachasis donde se encuentra la película radiográfica.

El celador tendrá un papel importante en este servicio, sobre todo de cara a la asistencia al personal facultativo, de enfermería y técnicos de rayos, así como en el traslado de pacientes para la realización de todo tipo de pruebas.

2 Objetivos

- Definir qué es la radiología.
- Mostrar las diversas funciones que desarrolla el celador destinado en la unidad de radiología, ensalzando su capacidad de trabajo en equipo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente, sobre las funciones del celador en la unidad de radiología. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El concepto de radiología también se le conoce como radiología diagnóstica o radiodiagnóstico, y contempla dos grandes bloques diferenciados:

- 1/ Radiología diagnóstica: permiten ver el organismo interiormente y así averiguar las causas de los cuadros clínicos o enfermedades.
- 2/ Radiología intervencionista: las imágenes que ofrecen permiten dirigir a los médicos o cirujanos a la hora de poner sondas o realizar procedimientos.

En este servicio es primordial que exista una buena organización y coordinación de todos los trabajadores en sus distintas categorías que la integran, siendo los celadores las personas que servirán de apoyo realizando las siguientes funciones:

- 1/ Se encargará de llevar a los pacientes que se encuentran en urgencias el celador destinado en urgencias hasta la sala donde se le realizará la prueba de rayos X, después el celador de radiología será el que lo lleve otra vez a urgencias.
- 2/ Auxiliarán a los técnicos de rayos en la sujeción y movilización de los pacientes, sobre todo cuando tienen nula o escasa movilidad.
- 3/ Deberá de estar pendiente de su teléfono busca, ante cualquier urgencia o demanda para el que se le requiera, debiéndolo de llevar siempre encendido.
- 4/ Deberán de respetar las normas internas de este servicio con las peculiaridades que puedan presentar.
- 5/ Portarán el dispositivo de Rayos X portátil, para aquellos pacientes que no es conveniente llevarlos hasta las salas

- 6/ Llevar la documentación y los informes que remiten los técnicos de radiodiagnóstico, a cualquier consulta médica o a la unidad que haya pedido la prueba, avisando al personal de que ha sido entregado para tenerlo en cuenta.
- 7/ Portarán sin tardanza las comunicaciones verbales, dispositivos, mobiliario o documentos, que les hayan dicho sus superiores, o le hayan confiado otros compañeros.
- 8/ Vigilar que el paciente acude a la prueba con la documentación que le ha entregado el control de enfermería.
- 9/ Exponer a sus superiores cualquier desperfecto o suciedad que encuentre en las instalaciones o en el mobiliario.
- 10/ No dar opiniones personales sobre diagnósticos a familiares y al propio paciente.
- 11/ Siempre observar el estado de conciencia del paciente, comprobando su identidad, mirando su pulsera o pregunta a un familiar, para así evitar equivocaciones a la hora de la realización de pruebas.
- 12/ Utilizar el medio de transporte más adecuado según cada caso: cama, camilla, silla de ruedas o andando, teniendo cuidado con los sueros, bolsa de orina, vías, botellas de oxígeno para evitar que sean desconectadas.

5 Discusión-Conclusión

El radiodiagnóstico o radiología, permite obtener imágenes del organismo de un paciente por medio de un equipo de rayos X, con el objetivo de esclarecer la causa de sus dolencias, o enfermedades, para así poder poner el tratamiento adecuado a cada cuadro clínico. Es un servicio complejo con variedad de personal de distintas categorías, pero todos ellos muy profesionales para así ofrecer una asistencia de calidad y rápida, debido a la gran demanda y listas de espera.

El celador de rayos debe tener un amplio conocimiento en la movilización de pacientes, ya que servirá de ayuda a los técnicos a la hora de colocar y sujetar a los pacientes según la postura específica, además de saber interpretar las indicaciones que le piden el resto de compañeros.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave: rayos X, celador, radiodiagnóstico.
2. Funciones del celador en el área de radiología. [https:// revistamedica.com](https://revistamedica.com).
3. <https://www.campustraining.es/noticias/que-es-radiodiagnostico/>.
4. Formación Logoss. Celador.

Capítulo 656

EL CELADOR Y SU LABOR EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ

MARCELO DE PAZ MUÑOZ

HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ

BORJA LOPEZ ONSURBE

FROILAN MORA SANTIAGO

1 Introducción

En cualquier centro sanitario, ya sea un hospital o un centro de salud, vamos a encontrar al personal de celador ejerciendo sus funciones.

Si revisamos la Ley General de sanidad, en ella podemos ver como establece que en los servicios de salud se tienen que integrar los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito.

Esta integración se realiza teniendo en cuenta las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre las que hay que destacar el régimen jurídico de su personal.

Por lo tanto, se puede decir que el celador forma parte del personal que ejerce sus funciones en los servicios sanitarios, las cuales están reguladas por el estatuto preconstitucional elaborado en el año 1971.

Debido a su antigüedad, es necesario llevar a cabo su actualización y adaptar su régimen jurídico.

Esa actualización se realiza mediante la Ley 55/2003, del 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, constituyendo la norma básica de dicho personal. Todo ello se hace de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

Una vez que se aprueba la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula al personal estatutario, las funciones del personal de celador siguen siendo las que se reflejan en la orden preconstitucional del 5 de julio del año 1971 y que vienen descritas en su artículo 14.

En este trabajo vamos a hablar de la actuación del personal de celador en el aseo del paciente encamado.

En los hábitos y los distintos estilos de vida saludables hay que tener en cuenta una correcta limpieza, la cual se debe llevar a cabo en cualquier enfermo, ya se encuentre este en su vivienda o se encuentre hospitalizado, en estos casos la limpieza consigue una enorme trascendencia.

2 Objetivos

- Mostrar quién es personal de celador que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.
- Dar a conocer la actuación del celador en el aseo del paciente encamado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador en todo momento acompañará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el aseo de los pacientes. Para ello, la limpieza de un paciente, ya sea en la cama, bañera o la ducha, habrá que tener en cuenta:

- Se conservará una temperatura ambiente que sea correcta, unos 24 grados sería la adecuada en las habitaciones.

- Para elevar la autoestima del paciente se le pedirá que colabore si este tiene facultades para ayudarnos.
- La temperatura del agua del aseo oscilará entre los 37 grados a los 40, salvo haya alguna excepción, dicha temperatura se medirá con un termómetro de baño.
- Se evitarán las corrientes de aire que afecten directamente al paciente.
- Se realizarán todos los equipamientos que sean primordiales para la limpieza anterior a iniciar.
- Se aislará al paciente por medio de biombo o cortina, asegurando la privacidad de este.
- En caso de que sea necesario se avisará al peluquero para los pacientes varones.
- Los jabones que se usen deben tener un pH neutro.
- El aseo del paciente se realizará por la mañana, a la vez del cambio de ropa de la cama, y cada una de las veces que sea necesaria.
- El lavado de pies se realizará a diario.
- El lavado del cabello se realizará una vez a la semana.

El celador que entra en el grupo de personal no sanitario según el estatuto marco deberá:

- Lavar y asear excepcionalmente a los pacientes masculinos encamados que no puedan realizarlo por ellos mismos haciendo caso al supervisor de turno.
- Realizar el baño de los enfermos, siempre bajo la supervisión de un supervisor o persona que sustituya al supervisor.
- Ayudar a las enfermeras y auxiliares a la movilización y al traslado de los pacientes para realizar dichos aseos.
- En caso de que el paciente no pueda ser movido por las enfermeras o auxiliares, el celador ayudará a su colocación y retirada de cuñas para que el paciente pueda hacer sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que la formación de todo el personal y, en concreto, de los celadores con este tipo de pacientes, es primordial para ofrecer una atención de la calidad e integral que haga sentirse más cómodo al paciente. El ser conocedor y estar formado va a favorecer la comunicación positiva con el paciente y puede llegar a reconocer ciertos signos de la enfermedad y poder apoyar y ayudar, no solamente en la movilización y el traslado de los pacientes, sino en su motivación. Por ello, el celador forma parte de este equipo multidisciplinar que atiende integralmente a los pacientes que acuden a un centro hospitalario.

Se resalta la importancia que tiene el aseo de pacientes, especialmente en los que se encuentran encamados, los cuales necesitarán la ayuda del técnico en auxiliar de enfermería junto al celador porque son más dependientes.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 657

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES DENTRO DE UN ALMACÉN HOSPITALARIO

MARCELO DE PAZ MUÑOZ

HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ

MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ

BORJA LOPEZ ONSURBE

FROILAN MORA SANTIAGO

1 Introducción

En cualquier centro sanitario, ya sea un hospital o un centro de salud, vamos a encontrar al personal de celador ejerciendo sus funciones.

Si revisamos la Ley General de sanidad, en ella podemos ver como establece que en los servicios de salud se tienen que integrar los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito.

Esta integración se realiza teniendo en cuenta las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre las que hay que destacar el régimen jurídico de su personal.

Por lo tanto, se puede decir que el celador forma parte del personal que ejerce sus funciones en los servicios sanitarios, las cuales están reguladas por el estatuto preconstitucional elaborado en el año 1971.

Debido a su antigüedad, es necesario llevar a cabo su actualización y adaptar su régimen jurídico.

Esa actualización se realiza mediante la Ley 55/2003, del 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, constituyendo la norma básica de dicho personal. Todo ello se hace de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

Una vez que se aprueba la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula al personal estatutario, las funciones del personal de celador siguen siendo las que se reflejan en la orden preconstitucional del 5 de julio del año 1971 y que vienen descritas en su artículo 14.

En este trabajo vamos a hablar de la actuación del personal de celador en el almacén.

Los almacenes en el ámbito sanitario tienen como finalidad y objetivo la distribución y el suministro de los pedidos que le llegan de las distintas áreas y servicios del centro de salud u hospitalario.

2 Objetivos

- Mostrar quién es el personal de celador que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.
- Exponer las funciones del celador en el almacén hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El almacén es el espacio físico de un hospital destinado a la conservación de medicamentos, donde los celadores realizan sus funciones:

- Previsión de suministro: esta fase incluye conocer la demanda exacta de cada material para mejorar el normal funcionamiento del hospital. Una vez conocidas estas necesidades, se gestiona la compra de productos a proveedores externos.

- Planificación de adquisiciones: se planificará en la medida en que sea necesaria para su correcto funcionamiento.
- Procedimiento de contratación administrativa: durante este proceso se obtienen del almacén los productos y servicios necesarios.
- Solicitud de Material: Luego de gestionar la adquisición de los productos requeridos, se solicitarán los materiales.
- Recepción de la mercancía: siempre se hará constar la llegada de la mercancía al almacén, el número de pedido y el nombre del proveedor, además, el transportista deberá aportar un albarán que refleje la relación de productos que entregó.
- Almacenamiento de mercancías: Una vez recibidas las mercancías, se almacenarán en el lugar donde se le asigne un código a cada producto, de forma que puedan almacenarse ordenadamente para su posterior distribución o entrega. Los mayordomos son el personal del almacén que se encarga de preparar los pedidos. En cada albarán de entrega deberá figurar en el formulario el nombre del pedido, el código del producto y la cantidad, así como la identificación del servicio, la fecha y la firma.

Una vez entregado el material, se aportará con la factura del pedido una copia del listado de artículos entregados. Para agilizar todo, es necesario tramitar correctamente el pedido y que el plazo de entrega sea dentro del plazo estipulado en el contrato. Para un óptimo funcionamiento del almacén es preciso realizar unas tareas muy diversas que requieren del trabajo de profesionales con distintos conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

Los almacenes ubicados en hospitales deben garantizar siempre la disponibilidad de diferentes servicios y unidades a un costo razonable en todo momento. Las mercancías solicitadas son recibidas, totalmente controladas, revisadas y clasificadas nada más llegar al almacén, donde posteriormente son colocadas, almacenadas y distribuidas con el fin de prestar los diferentes servicios de sus hospitales con la mayor rapidez posible cuando así lo solicitan los clientes. La finalidad y fin último de un almacén en el ámbito sanitario es la distribución y en el suministro de pedidos de las diferentes áreas y servicios de un centro de salud u hospital.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.

3. <http://books.google.es>.

Capítulo 658

EL PERSONAL DE CELADOR Y SUS FUNCIONES DENTRO DE UNA AMBULANCIA

HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ

MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ

MARCELO DE PAZ MUÑOZ

BORJA LOPEZ ONSURBE

FROILAN MORA SANTIAGO

1 Introducción

En cualquier centro sanitario, ya sea un hospital o un centro de salud, vamos a encontrar al personal de celador ejerciendo allí sus funciones.

Si revisamos la Ley General de sanidad, en ella podemos ver como establece que en los servicios de salud se tienen que integrar los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito.

Esta integración, se tiene que realizar teniendo en cuenta las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre las que hay que destacar el régimen jurídico de su personal.

Por lo tanto, se puede decir que el personal de celador forma parte del personal que ejercen sus funciones en los servicios sanitarios y cuyas funciones que vienen

desempeñando en dichos centros, están reguladas por el estatuto preconstitucional elaborado en el año 1971.

Debido a su antigüedad, es necesario llevar a cabo su actualización y adaptar su régimen jurídico.

Esa actualización se hace mediante la Ley 55/2003 del 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud constituyendo la norma básica de dicho personal. todo ello se hace de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

Una vez que se aprueba la Ley 55/2003 de 16 de diciembre que regula al personal estatuario, las funciones del personal de celador siguen siendo las que se reflejan en la orden preconstitucional del 5 de julio del año 1971 y que vienen descritas en su artículo 14.

En este trabajo vamos a hablar de la actuación del personal de celador en una ambulancia.

El servicio de ambulancias es un servicio muy importante y se define como transporte sanitario el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o que tenga su origen en otra razón sanitaria, en vehículos especialmente acondicionados al efecto.

2 Objetivos

Uno de los objetivos que persigue este trabajo es explicar las funciones que desempeña el celador en un centro hospitalario y cuáles son sus funciones en el servicio de ambulancias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En este capítulo, vamos a hablar de la actuación del celador en el servicio de ambulancias.

Por así decirlo, el personal de celador cumple unas funciones dentro del servicio de ambulancias y son las siguientes:

- El celador se tiene que encargar de trasladar a los pacientes ya sea en silla de ruedas o en camilla desde el centro sanitario hasta la ambulancia o viceversa.
- El celador se tiene que encargar de pasar a los pacientes de la camilla del hospital a la camilla de la ambulancia o viceversa con ayuda de algún compañero.
- También se encarga de ayudar a los pacientes a entrar en la ambulancia en el caso de que estos no vallan en camilla y vallan en silla de ruedas o caminando.
- Ha de colaborar con el conductor de la ambulancia cuando este necesite ayuda a meter o sacar la camilla de la ambulancia.
- El celador también se encarga de acompañar al paciente durante su traslado en ambulancia siempre que sea necesario. Dentro de la ambulancia, el celador tendrá que ayudar al profesional sanitario a realizar las mismas tareas que le corresponden respecto a los pacientes que se encuentran encamados dentro del centro hospitalario, que sería el de ayudar a los pacientes en su movilización. A parte de todo lo mencionado anteriormente, el celador también tiene que colaborar en las siguientes tareas:
- El celador tendrá que informar al paciente de cuales son los motivos de su traslado y decirle a donde lo van a trasladar y en que lo van a trasladar.
- El celador también se encargara de preparar el informe y la documentación clínica para entregar al centro donde van a ir.
- Ayudará en lo referente a la movilización y preparación.
- Siempre tienen que respetar la intimidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que es importante tener en cuenta la gran importancia que tiene el servicio de ambulancias y el papel tan importante que lleva a cabo, ya que es la primera actuación que se lleva a cabo en el paciente, desde que es recibido por el equipo de ambulancias hasta que llega al centro al que fue destinado.

Además, proporcionan los medios y el personal sanitarios de emergencias para atender al paciente en el lugar del incidente como hemos dicho anteriormente hasta el traslado al centro médico. También hemos visto el papel tan importante que realiza el celador desde el traslado de los pacientes, movilización de enfermos a su ayuda a los demás profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 659

LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ENTORNO SANITARIO CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

BEATRIZ PEREZ PEREZ

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

En el contexto del entorno sanitario, la gestión de la relación con los pacientes y sus familiares es un componente fundamental para brindar una atención integral y humanizada. En este escenario, el papel del auxiliar administrativo sanitario cobra una importancia destacada, ya que su labor no se limita únicamente a aspectos administrativos, sino que también abarca la interacción directa con pacientes y sus seres queridos. A pesar de no estar directamente involucrado en la atención clínica, el auxiliar administrativo desempeña un rol crucial en la creación de un

ambiente acogedor y organizado que contribuye a una experiencia positiva para los pacientes y sus familias.

Esta introducción nos invita a explorar la relevante función que cumple el auxiliar administrativo sanitario en la gestión de la relación con los pacientes y sus familiares en el entorno sanitario. En un entorno donde las preocupaciones emocionales y logísticas se entrelazan, el auxiliar administrativo se convierte en un enlace esencial entre los aspectos administrativos y el bienestar general de los pacientes.

A lo largo de esta guía, examinaremos en detalle cómo el auxiliar administrativo sanitario aborda y maneja esta relación. Desde la empatía en la comunicación hasta la coordinación logística y el apoyo emocional, su labor contribuye directamente a la calidad de la experiencia de los pacientes y sus familias en el sistema de salud.

El auxiliar administrativo se convierte en una fuente de información confiable y en un recurso de apoyo para los pacientes y sus seres queridos. Su habilidad para brindar información clara y precisa sobre procedimientos administrativos y procesos hospitalarios es esencial para aliviar la ansiedad y proporcionar un sentido de dirección.

En momentos de incertidumbre, el auxiliar administrativo desempeña un papel en la gestión de expectativas y en la resolución de problemas que puedan surgir durante la atención médica. Su enfoque en la empatía y el apoyo contribuye a un ambiente en el que los pacientes y sus familias se sienten atendidos y escuchados.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en relación con el respeto y la empatía hacia el paciente sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2022 y septiembre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (respect OR empathy) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La gestión de la relación con los pacientes y sus familiares en el entorno sanitario es un aspecto fundamental de la labor del auxiliar administrativo sanitario. Aunque su rol no esté directamente relacionado con la atención médica, su capacidad para establecer conexiones empáticas, brindar información precisa y gestionar la logística contribuye significativamente a la experiencia positiva de los pacientes y sus seres queridos. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo sanitario maneja esta relación crucial:

- **Comunicación Empática:** El auxiliar administrativo establece una comunicación empática con los pacientes y sus familiares. Escucha sus inquietudes, muestra comprensión y se asegura de que se sientan escuchados y respetados en todo momento.
- **Información Clara y Precisa:** Proporciona información clara y precisa sobre procesos administrativos, horarios, ubicaciones y cualquier otra pregunta que puedan tener los pacientes y sus familias. Esto ayuda a reducir la incertidumbre y a hacer que el entorno hospitalario sea más comprensible.
- **Gestión de Citas y Turnos:** El auxiliar administrativo coordina las citas médicas y los turnos de los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias. Esta gestión eficiente reduce los tiempos de espera y facilita la planificación.
- **Orientación en el Entorno Hospitalario:** Guía a los pacientes y sus familiares por el entorno hospitalario, ayudándoles a encontrar departamentos, salas de espera y áreas de interés. Esto reduce el estrés y la confusión en un entorno desconocido.
- **Resolución de Dudas y Consultas:** Responde a las preguntas y consultas de los pacientes y sus familiares con paciencia y claridad. Esto contribuye a que se sientan informados y confiados en el proceso de atención.
- **Apoyo Emocional:** En situaciones emocionales, como ingresos hospitalarios o procedimientos médicos, el auxiliar administrativo brinda un apoyo emocional que va más allá de lo administrativo, contribuyendo a la tranquilidad y la calma de los pacientes y sus familias.
- **Confidencialidad y Privacidad:** Asegura que la información de los pacientes se maneje con la máxima confidencialidad y respeto a la privacidad, creando un ambiente de confianza y seguridad.
- **Coordinación Interdepartamental:** Colabora con otros miembros del equipo de salud para asegurarse de que los pacientes reciban la atención necesaria en todos los aspectos, incluyendo la administración y la logística.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de la relación con los pacientes y sus familiares por parte del auxiliar administrativo sanitario desempeña un papel esencial en la creación de una experiencia de atención médica completa y centrada en el paciente. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo su labor va más allá de las tareas administrativas tradicionales, abarcando la importancia de establecer conexiones empáticas, brindar información precisa y gestionar aspectos logísticos en el entorno sanitario.

La empatía y la comunicación efectiva son pilares fundamentales en la relación con los pacientes y sus familiares. El auxiliar administrativo demuestra su capacidad para escuchar activamente, mostrar comprensión y brindar apoyo emocional, contribuyendo a un ambiente de cuidado y compasión.

La habilidad del auxiliar administrativo para proporcionar información clara y precisa es esencial para ayudar a los pacientes y sus familiares a entender los procesos administrativos y logísticos. Esto reduce la ansiedad y la incertidumbre, permitiéndoles centrarse en su atención médica.

La coordinación logística que el auxiliar administrativo realiza, como la gestión de citas y la orientación en el entorno hospitalario, contribuye a una experiencia más fluida y organizada para los pacientes y sus familias.

El auxiliar administrativo también cumple un rol en la resolución de problemas y en la gestión de situaciones imprevistas. Su capacidad para adaptarse y encontrar soluciones contribuye a aliviar las preocupaciones y a mantener un ambiente de confianza.

6 Bibliografía

1. López, C. (2019). Gestión administrativa y la calidad de servicios de tecnología de información en las instituciones del sector público del distrito de Tarapoto. (Tesis Doctoral). Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín.
2. Maldonado, O., Ortega, D., & Troncos, I. (2020). Calidad del servicio y satisfacción del cliente de la empresa Transporte Cruz del Sur Cargo S.A.C. Santa Anita 2018. (Tesis de Pregrado). Lima, Perú: Universidad Peruana de las Américas.
3. Matsumoto, R. (2014). Desarrollo del Modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad Ayuda Experto. *Perspectivas*, 17(33), 181-209.
4. Méndez, C. (2001). Metodología: guía para la elaboración de diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas. Bogotá: McGraw-

Hill.

5. Mendoza, A. (2017). Importancia de la gestión administrativa para la innovación de las medianas empresa comerciales en la ciudad de Manta. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 947-964.
6. Mora, C. (2011). La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. *Revista Brasileira de Marketing*, 10 (2), 146-162.
7. Núñez, L., & Juárez, J. (2018). Análisis comparativo de modelos de evaluación de calidad en el servicio a partir de sus dimensiones y su relación con la satisfacción del cliente. *3C Empresa, investigación y pensamiento crítico*, 33(7), 49 - 59.

Capítulo 660

ATENDIENDO LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL: EL SERVICIO DE ROPA Y LENCERÍA

CRISTINA GARCIA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

La administración efectiva del servicio de ropa y lencería en entornos hospitalarios es un componente crítico para el funcionamiento óptimo de cualquier institución de atención médica. Este servicio, a menudo subestimado pero fundamental, desempeña un papel esencial en la protección de la salud de los pacientes, la calidad de la atención médica y la eficiencia operativa de los hospitales.

Prevención de Infecciones Cruzadas:

Uno de los aspectos más cruciales de la gestión de ropa y lencería en hospitales es la prevención de infecciones cruzadas. En un entorno donde los pacientes pueden tener sistemas inmunológicos comprometidos, la contaminación de la ropa hospitalaria puede tener graves consecuencias. La gestión adecuada de la ropa, que

incluye el lavado, desinfección y almacenamiento adecuados, es esencial para prevenir la propagación de infecciones entre pacientes y el personal médico. Esto no solo reduce el sufrimiento de los pacientes, sino que también evita costos adicionales para el sistema de salud al tratar infecciones nosocomiales.

Estándares Higiénicos Rigurosos:

La necesidad de cumplir con estándares higiénicos rigurosos es innegociable en el ámbito hospitalario. La ropa y la lencería deben ser tratadas de manera que se eliminen completamente los patógenos y las bacterias. Esto requiere la implementación de protocolos de lavado y desinfección que cumplan con las regulaciones sanitarias más estrictas. La inversión en tecnología y capacitación del personal es crucial para garantizar que se mantengan estos estándares en todo momento.

Comodidad y Bienestar del Paciente:

Además de la higiene, la comodidad y el bienestar del paciente son consideraciones igualmente importantes en la gestión de la ropa hospitalaria. Los pacientes a menudo pasan largos períodos de tiempo en hospitales, y la calidad de la ropa que utilizan puede influir en su experiencia y recuperación. La ropa debe ser suave, cómoda y adecuada para las necesidades específicas de los pacientes, como prendas diseñadas para facilitar el acceso a dispositivos médicos o para minimizar la irritación en pieles sensibles.

Impacto en la Experiencia del Paciente:

La satisfacción del paciente es un objetivo clave para cualquier hospital. La gestión adecuada de la ropa y la lencería puede tener un impacto directo en la experiencia del paciente. Cuando los pacientes se sienten cómodos y seguros con la ropa que se les proporciona, esto contribuye a una experiencia más positiva y puede mejorar la percepción general de la atención médica recibida.

Eficiencia Operativa:

La gestión eficiente de la ropa hospitalaria también tiene un impacto en la eficiencia operativa de las instituciones hospitalarias. Un enfoque profesional en la gestión de la ropa puede reducir los costos operativos al minimizar la necesidad de reemplazar prendas dañadas o contaminadas y al reducir el tiempo de inactividad del personal médico al buscar ropa adecuada para los pacientes.

En conclusión, la administración del servicio de ropa y lencería en entornos hospitalarios es fundamental para garantizar la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes. Además de la prevención de infecciones cruzadas y el cumplimiento de estándares higiénicos rigurosos, también afecta significativamente la experiencia del paciente y la eficiencia operativa de las instituciones hospitalarias. Por lo tanto, es esencial que los hospitales presten la debida atención a la gestión de este servicio para garantizar un entorno de atención médica seguro y cómodo.

2 Objetivos

- Profundizar en las necesidades específicas y los retos que enfrenta el servicio de ropa y lencería dentro de los hospitales. Esto implica una evaluación detallada de las demandas y obstáculos que caracterizan este ámbito.
- Identificar las razones subyacentes que pueden impulsar un cambio en la gestión de este servicio en hospitales. Esto podría incluir factores como avances tecnológicos, preocupaciones de higiene, consideraciones económicas o inquietudes relacionadas con la satisfacción del paciente.
- Evaluar la importancia del servicio de ropa y lencería desde diversas perspectivas, tanto desde la óptica de los pacientes que utilizan estos servicios como desde la perspectiva de los hospitales que los proporcionan.
- Proporcionar conclusiones significativas que resalten el papel crítico desempeñado por el servicio de ropa y lencería en el contexto hospitalario. Estas conclusiones pueden ayudar a respaldar la toma de decisiones informadas en la gestión y mejora continua de este servicio vital para la atención médica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El servicio de ropa y lencería en los hospitales es un elemento crítico que no solo se encarga de proporcionar prendas limpias, sino que también desempeña un papel fundamental en la prevención de infecciones cruzadas y en la seguridad de los pacientes. La ropa utilizada en entornos hospitalarios no solo tiene un valor económico, sino que también representa un importante punto de contacto con los pacientes, lo que la convierte en un factor clave en la lucha contra la contaminación. Este informe se sumerge en la evaluación de la gestión del servicio de ropa y lencería en hospitales, abordando su importancia, sus desafíos y las motivaciones para su cambio.

El Servicio de Ropa y Lencería en el Contexto Hospitalario y sus Necesidades

El servicio de ropa y lencería en los hospitales desempeña un papel crucial al garantizar la prevención de infecciones y la seguridad de los pacientes. Más allá de su valor económico, es una parte integral del entorno hospitalario que, si no se gestiona adecuadamente, puede convertirse en una fuente potencial de contaminación debido a su constante exposición a pacientes enfermos. En este contexto, es imperativo que la ropa cumpla con los más altos estándares de higiene, al mismo tiempo que sea cómoda y de alta calidad.

Desafortunadamente, es frecuente encontrar deficiencias en muchas lavanderías hospitalarias, que no siempre cumplen con la normativa vigente en términos de procesamiento de la ropa, instalaciones, tecnología de trabajo y gestión logística. Es necesario establecer requisitos tanto obligatorios como recomendados para el manejo y la reposición de la ropa, así como para la infraestructura técnica y el personal encargado de cumplir con estas normativas.

Factores que Impulsan el Cambio en la Gestión del Servicio de Ropa y Lencería

La evolución de las expectativas de los pacientes es un factor clave que motiva un cambio en la gestión del servicio de ropa y lencería en hospitales. Los pacientes ahora no solo esperan que la ropa esté higiénicamente limpia, sino que también sea cómoda y adecuada para su uso. A medida que la práctica médica avanza y aumenta la conciencia sobre las infecciones hospitalarias, se hace imperativo adoptar tecnologías avanzadas en la gestión de la ropa hospitalaria. Además, la búsqueda constante de simplificación de procesos y reducción de costos a través de la eficiencia también impulsa el cambio.

La Relevancia del Servicio de Ropa y Lencería en los Centros de Atención Médica

• **Funciones Esenciales del Servicio de Ropa en un Hospital**

El servicio de ropa en un hospital tiene un propósito esencial: proporcionar ropa limpia y desinfectada para su reutilización. Esto incluye garantizar que la ropa

tenga una apariencia higiénica y agradable, contribuir a mantener la higiene general del hospital y controlar los costos operativos relacionados con la ropa.

- **El Impacto Significativo del Servicio de Ropa desde la Perspectiva del Paciente**

La ropa que un paciente recibe en un hospital es fundamental para su comodidad y satisfacción durante su estadía. La ropa forma parte integral de su entorno inmediato y puede influir en su calidad de vida mientras está hospitalizado.

- **La Importancia Económica del Servicio de Ropa para los Hospitales**

Los costos asociados con el servicio de ropa y lencería representan una parte sustancial del presupuesto hospitalario. Estos gastos comprenden tanto la reposición de prendas como los procesos de lavado y desinfección. Con el aumento constante de los costos y una creciente conciencia sobre la importancia de mantener la higiene en la ropa, el servicio de ropa y lencería se ha convertido en un aspecto cada vez más relevante en la gestión financiera y operativa de los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

Desde la perspectiva del paciente, no se puede subestimar la importancia del servicio de ropa y lencería en un hospital. Para ellos, este servicio es tan vital como la atención médica y la calidad de la comida que reciben durante su estadía. La ropa se convierte en una parte integral de su entorno, y su calidad tiene un impacto innegable en su nivel de comodidad y satisfacción mientras se encuentran en el hospital.

Por otro lado, desde la perspectiva del hospital, los costos vinculados al servicio de ropa y lencería son significativos y están en constante aumento. Con la creciente conciencia sobre la importancia de mantener altos estándares de higiene y calidad en la ropa hospitalaria, este servicio se ha convertido en un componente cada vez más destacado en el presupuesto de las instituciones hospitalarias.

El servicio de ropa y lencería en los hospitales desempeña un papel esencial tanto en la garantía de la seguridad de los pacientes como en la eficiencia de la gestión hospitalaria. Su relevancia sigue en aumento y, por lo tanto, debe recibir la misma atención y consideración que otros servicios médicos y de atención al paciente.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 661

LOS PACIENTES CONFLICTIVOS Y BELIGERANTES EN EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

BEATRIZ PEREZ PEREZ

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

1 Introducción

En el contexto del entorno sanitario, la interacción con pacientes puede presentar una variedad de desafíos, incluyendo situaciones en las que los pacientes exhiben comportamientos conflictivos y beligerantes. Estos episodios pueden surgir debido a diversas razones, como el estrés emocional, el dolor, la frustración o la ansiedad. El auxiliar administrativo sanitario, a pesar de no estar directamente involucrado en la atención médica, desempeña un papel crucial en abordar y manejar estas situaciones con profesionalismo, empatía y destrezas de comunicación efectivas.

Esta introducción nos invita a explorar la importancia de que el auxiliar administrativo sanitario desarrolle habilidades específicas para enfrentar a pacientes con

comportamientos conflictivos y beligerantes. Aunque su principal enfoque sea en tareas administrativas, su capacidad para lidiar con estas interacciones difíciles contribuye a mantener un entorno hospitalario seguro, respetuoso y eficiente. El auxiliar administrativo debe ser capaz de mantener la calma y la profesionalidad, incluso en situaciones tensas. Su habilidad para comunicarse de manera empática puede ayudar a reducir la hostilidad y fomentar la resolución constructiva del conflicto.

En un entorno en el que el estrés y las emociones pueden estar elevados, el auxiliar administrativo debe comprender la importancia de establecer límites claros y respetuosos. Esto contribuye a un ambiente en el que las expectativas son claras y se mantiene el respeto mutuo.

El apoyo del equipo médico y la colaboración con los profesionales de seguridad son factores clave para manejar situaciones de conflicto de manera efectiva. La capacidad del auxiliar administrativo para solicitar ayuda cuando sea necesario demuestra su enfoque en la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

2 Objetivos

Conocer los aspectos a tener en cuenta por los auxiliares administrativos en relación con pacientes conflictivos.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“conflict patient” OR “disruptive patient”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

Los pacientes con comportamientos conflictivos y beligerantes presentan un desafío particular en el entorno sanitario, y la labor del auxiliar administrativo sanitario juega un papel crucial en abordar estas situaciones de manera efectiva. A pesar de que su rol principal se enfoque en tareas administrativas, su capacidad

para manejar estas interacciones de manera profesional y empática es esencial para mantener un ambiente seguro y armonioso en el entorno hospitalario. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo aborda a pacientes con comportamientos conflictivos y beligerantes:

- **Mantener la Calma y la Profesionalidad:** Ante pacientes agresivos, el auxiliar administrativo debe mantener la calma y la profesionalidad en todo momento. Su actitud tranquila puede ayudar a reducir la tensión y prevenir que la situación empeore.
- **Comunicación Empática:** Aunque las emociones estén elevadas, el auxiliar administrativo debe comunicarse con empatía. Escuchar las preocupaciones del paciente y demostrar que se le comprende puede disminuir la hostilidad y facilitar la comunicación.
- **Establecer Límites Claros:** Es importante establecer límites claros respecto al comportamiento aceptable. El auxiliar administrativo debe explicar de manera respetuosa cuál es el comportamiento esperado en el entorno hospitalario.
- **Escuchar Activamente:** Escuchar activamente al paciente puede permitir que se desahogue y exprese sus preocupaciones. Esto puede ayudar a desactivar la hostilidad y abrir espacio para la resolución del conflicto.
- **Derivar a Personal de Atención Médica:** Si la situación se vuelve amenazante o peligrosa, el auxiliar administrativo debe saber cuándo es necesario involucrar al personal de atención médica o de seguridad para manejar la situación.
- **Apoyo de Superiores y Equipos de Seguridad:** El auxiliar administrativo debe conocer los protocolos de seguridad y cómo solicitar ayuda de superiores o equipos de seguridad en caso de ser necesario.
- **Mantener la Confidencialidad:** A pesar de la hostilidad del paciente, el auxiliar administrativo debe asegurarse de mantener la confidencialidad de la información médica y personal.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la capacidad del auxiliar administrativo sanitario para lidiar con pacientes conflictivos y beligerantes desempeña un papel crucial en el mantenimiento de un entorno hospitalario seguro, respetuoso y eficiente. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo su labor va más allá de las tareas administrativas convencionales y se convierte en una herramienta esencial para prevenir conflictos mayores y garantizar la comodidad y el bienestar de todos los involucrados.

La comunicación empática se erige como uno de los pilares fundamentales en

el manejo de pacientes con comportamientos desafiantes. El auxiliar administrativo demuestra su capacidad para escuchar activamente, comprender las preocupaciones del paciente y brindar respuestas que atiendan a sus necesidades.

La habilidad del auxiliar administrativo para establecer límites claros y respetuosos es esencial para mantener un ambiente en el que se fomente el respeto mutuo y se eviten situaciones que puedan escalar a conflictos mayores.

La colaboración con el equipo médico y otros profesionales de salud es una estrategia clave para manejar situaciones de conflicto. El auxiliar administrativo reconoce la importancia de trabajar en conjunto para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

La habilidad para mantener la calma y la profesionalidad en situaciones tensas es una característica esencial del auxiliar administrativo. Su capacidad para responder con tranquilidad contribuye a reducir la hostilidad y a crear un ambiente de resolución constructiva.

6 Bibliografía

1. Roset-Llobet J, Rosinés-Cubells D, Saló-Orfila JM. Identification of Risk Factors for Musicians in Catalonia (Spain). *Med Probl Perform Art.* 2000;15:167–74, Disponible en: <http://www.fcart.org/pdf/riskfactors.pdf>
2. Kok L, Huisstede B, Voorn V, Schoones JW, Nelissen RGH. The occurrence of musculoskeletal complaints among professional musicians: A systematic review. *Int Arch Occup Env Heal.* 2016;89:373–96, <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1090-6>.
3. Kochem FB, Silva JG. Prevalence and associated factors of playing-related musculoskeletal disorders in Brazilian violin players. *Med Probl Perform Art.* 2017;32:27–32, <https://doi.org/10.21091/mppa.2017.1006>.
4. Steinmetz A, Scheffer I, Esmer E, Delank K, Peroz I. Frequency, severity and predictors of playing-related musculoskeletal pain in professional orchestra musicians in Germany. *Clin Rheumatol.* 2014;34:965–73, <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2470-5>.
5. Leaver R, Harris EC, Palmer KT. Musculoskeletal pain in elite professional musicians from British symphony orchestras. *Occup Med.* 2011;61:549–55, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr129>.
6. Rodríguez-Romero B, Pérez-Valino C, Ageitos-Alonso B, Pértiga-Díaz S. Prevalence and associated factors for musculoskeletal pain and disability among

Spanish music conservatory students. *Med Probl Perform Art.* 2016;31:193–200,
<https://doi.org/10.21091/mppa.2016.4035>

Capítulo 662

LA ADMINISTRACIÓN DE LA AGENDA MÉDICA Y EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

BEATRIZ PEREZ PEREZ

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

1 Introducción

En el complejo entorno de la atención médica, la administración de la agenda médica se erige como un componente vital para el funcionamiento eficiente y la prestación de una atención de calidad. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo sanitario desempeña una función esencial al encargarse de organizar y gestionar la agenda médica de manera efectiva. Aunque su labor se relaciona principalmente con tareas administrativas, su capacidad para coordinar citas, mantener una comunicación fluida entre pacientes y profesionales de la salud, y asegurar una secuencia ordenada de atenciones médicas resulta determinante para un flujo operativo fluido y una experiencia positiva para los pacientes. Esta introducción nos invita a explorar la importancia de la administración de la agenda médica y cómo el auxiliar administrativo sanitario se convierte en un

engranaje crucial en este proceso. Más allá de sus responsabilidades tradicionales, su habilidad para organizar citas, gestionar horarios y mantener la sincronización adecuada contribuye directamente a la efectividad y eficiencia de la atención médica.

A lo largo de esta guía, exploraremos en detalle cómo el auxiliar administrativo sanitario lleva a cabo la administración de la agenda médica y su impacto en el contexto sanitario. Desde la coordinación de citas hasta el manejo de situaciones inesperadas, su labor asegura un flujo constante y ordenado de pacientes, lo que a su vez favorece una atención médica de calidad y una experiencia satisfactoria para todos los involucrados.

El auxiliar administrativo juega un rol fundamental en la gestión de los recursos disponibles, incluyendo el tiempo del profesional de la salud y la disponibilidad de historiales médicos y exámenes. Además, su habilidad para comunicarse de manera efectiva con los pacientes contribuye a un proceso sin inconvenientes y permite a los pacientes estar debidamente preparados para sus citas.

En un entorno donde las prioridades pueden cambiar rápidamente, el auxiliar administrativo debe ser capaz de adaptarse y reorganizar la agenda en caso de emergencias o cambios imprevistos.

2 Objetivos

Describir las principales funciones del auxiliar administrativo en relación con la gestión de la agenda sanitaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2022 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“hospital agenda” OR “health agenda”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La administración de la agenda médica es un componente esencial en el funcionamiento eficiente de cualquier entorno de atención médica. En este contexto,

el rol del auxiliar administrativo adquiere gran relevancia, ya que es responsable de gestionar y organizar la agenda médica de manera efectiva. Aunque su labor pueda parecer principalmente administrativa, su capacidad para coordinar citas, mantener la comunicación con pacientes y profesionales de la salud, y asegurar un flujo ordenado de pacientes es fundamental para una atención de calidad. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo maneja esta tarea y su importancia en el entorno sanitario:

- **Coordinación de Citas:** El auxiliar administrativo se encarga de agendar y coordinar las citas médicas de manera que se optimice el tiempo y los recursos disponibles. Esto implica asegurarse de que el horario del médico esté bien estructurado y que los pacientes sean programados de manera adecuada.
- **Comunicación Efectiva:** El auxiliar administrativo se comunica con los pacientes para recordarles sus citas, confirmar su disponibilidad y proporcionar información relevante sobre los preparativos previos a la cita.
- **Organización de Recursos:** El auxiliar administrativo se asegura de que los recursos necesarios para las consultas estén disponibles, como historiales médicos, resultados de exámenes y otros documentos pertinentes.
- **Gestión de Emergencias y Cambios:** En situaciones de emergencia o cambios inesperados en la agenda, el auxiliar administrativo debe ser capaz de reorganizar las citas y comunicar estos cambios a los pacientes de manera clara y efectiva.
- **Priorización de Casos:** El auxiliar administrativo puede colaborar con el personal médico para priorizar casos en función de la gravedad y la necesidad de atención inmediata.
- **Confidencialidad y Privacidad:** El auxiliar administrativo debe manejar la información de los pacientes con confidencialidad y respeto a la privacidad, asegurando que los datos estén protegidos en todo momento.
- **Registro y Documentación:** Mantener registros precisos de las citas, cancelaciones y cambios es esencial para llevar un seguimiento adecuado y para proporcionar información histórica cuando sea necesario.
- **Manejo de Ingresos:** La administración de la agenda médica también tiene un impacto en la gestión financiera, ya que asegura una programación adecuada de pacientes para mantener el flujo de ingresos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la administración de la agenda médica se revela como un engranaje esencial en el funcionamiento fluido y eficiente del entorno sanitario. El papel del auxiliar administrativo sanitario en esta tarea resulta fundamental,

ya que su labor va más allá de las responsabilidades meramente administrativas, convirtiéndose en un pilar para una atención médica de calidad y una experiencia positiva para pacientes y profesionales de la salud.

A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo el auxiliar administrativo sanitario maneja con destreza la coordinación de citas, la comunicación con pacientes y la organización de recursos para asegurar que la agenda médica fluya sin inconvenientes. Su capacidad para mantener el orden, responder a situaciones inesperadas y garantizar la privacidad y confidencialidad de la información demuestran su importancia en la gestión integral del proceso de atención.

La labor del auxiliar administrativo contribuye a una mayor eficiencia en el uso del tiempo médico y a la optimización de los recursos disponibles. La comunicación efectiva con los pacientes, la organización de citas y la adaptación a cambios imprevistos son habilidades clave que permiten a los profesionales de la salud concentrarse en la atención médica de manera más efectiva.

La administración de la agenda médica impacta directamente en la satisfacción del paciente al reducir los tiempos de espera y proporcionar una experiencia más organizada y cómoda. Además, su labor también influye en la gestión financiera del centro médico al mantener un flujo de ingresos constante y coherente.

En un entorno en el que la atención oportuna y efectiva es crucial, el auxiliar administrativo desempeña un rol esencial al garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera ordenada y eficiente.

6 Bibliografía

1. International Standard Organization (ISO) (Internet) Santiago de Chile. Términos y definiciones de OHSAS. Marzo de 2014. Disponible en <https://www.nueva-iso45001.com/2014/03/ohsas-18001-terminos-y-definiciones/>
2. SURA (Internet). Bogotá. Col. Riesgos profesionales. Julio 2017. Disponible en <https://www.arlsura.com/>
3. Defensoría del Pueblo Colombia (internet) Bogotá, Col. Decreto 2566 de 2009. Julio de 2009. Disponible en https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Decreto_2566_2009.pdf
4. MAGUIÑA; C., GASTELO; R., TEQUEN. A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del COVID 19. Revista Médica Herediana. 2020 abr./Jun. VOL. 31(2); 125-131. Disponible en <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3776/4205>

5. Oxford University (internet) Londres, Ing. Significado de UCI en español. 2021. Disponible en <https://www.lexico.com/es/definicion/uci>
6. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 13. Neumonía por nuevo coronavirus (2019- nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Actualizacion_13_2019-nCoV_China.pdf 15/04/2020 [Links]
7. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones de la Organización Panamericana de la Salud con respecto a la propagación del nuevo coronavirus emergente. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Disponible en: Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&alias=153-revisada-consideraciones-de-la-ops-ncov-china-final&category_slug=technicaldocumentation&Itemid=1094 15/04/2020 [Links]

Capítulo 663

RIESGOS Y CONSIDERACIONES EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS

SANDRA GARCÍA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

CRISTINA GARCIA REYES

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

Las lavanderías hospitalarias tienen un rol de suma importancia en la administración de la atención médica, ya que se encargan de procesar y mantener en óptimas condiciones de higiene la ropa utilizada en el ámbito hospitalario. No obstante, este proceso no está libre de riesgos, tanto para la seguridad de los empleados como para la calidad del servicio en sí. El presente documento tiene como objetivo principal analizar y poner de relieve los riesgos inherentes a las lavanderías hospitalarias, así como resaltar las consideraciones esenciales para abordar estos desafíos de manera efectiva y segura.

Las lavanderías hospitalarias son fundamentales para asegurar que la ropa en un entorno médico esté limpia y libre de contaminantes, lo que es esencial para la salud y la seguridad de los pacientes y el personal médico. Sin embargo, este proceso puede presentar una serie de riesgos que deben ser identificados y gestionados adecuadamente. Para ello, es crucial considerar diversas medidas de se-

guridad y procedimientos que minimicen estos riesgos y, al mismo tiempo, mantengan la eficiencia y la calidad en el servicio de lavandería.

Al abordar estos riesgos de manera efectiva, las lavanderías hospitalarias pueden continuar cumpliendo su papel crítico en el sistema de atención médica, garantizando que la ropa hospitalaria cumpla con los estándares de higiene requeridos y, al mismo tiempo, proporcionando un entorno de trabajo seguro y saludable para sus empleados.

2 Objetivos

- Identificar y examinar los tipos de accidentes que son recurrentes y que guardan relación con tanto la maquinaria empleada como las operaciones que se realizan en el ámbito de las lavanderías hospitalarias. Este análisis profundo permitirá un mejor entendimiento de las áreas donde se requiere una atención especial y medidas preventivas adicionales.
- Explorar en detalle los riesgos relacionados con enfermedades que surgen a raíz del manejo de ropa potencialmente contaminada y las condiciones laborales en las lavanderías hospitalarias. Esto incluye evaluar las amenazas a la salud de los trabajadores y las posibles medidas que pueden implementarse para salvaguardar su bienestar.
- Destacar la relevancia crítica de la ventilación adecuada y la creación de un entorno de trabajo seguro en lo que respecta a la salud y seguridad de los empleados que desempeñan sus funciones en lavanderías hospitalarias. Este aspecto es esencial para prevenir la exposición a riesgos químicos y biológicos, así como para mantener unas condiciones de trabajo óptimas.

A través de la consecución de estos objetivos, este documento tiene como objetivo proporcionar una visión comprehensiva de los desafíos y riesgos asociados a las lavanderías hospitalarias y, al mismo tiempo, ofrecer soluciones prácticas que contribuyan a la prevención de accidentes, la promoción de la salud de los empleados y la optimización de la seguridad en este entorno laboral.

3 Metodología

La información contenida en este documento se fundamenta en una metodología rigurosa que abarca una revisión exhaustiva de la literatura pertinente, centrándose en la gestión de lavanderías hospitalarias y la seguridad en el trabajo. Además, se ha recurrido a la consulta de estudios de casos representativos y manuales técnicos que abordan detalladamente los riesgos y las consideraciones es-

pecíficas inherentes a las lavanderías hospitalarias. A continuación, se desglosa el enfoque metodológico empleado:

- **Revisión Bibliográfica:**

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica y técnica en bases de datos especializadas como Pubmed o Google Scholar, bibliotecas virtuales y repositorios académicos de renombre. Esta revisión abarcó artículos, informes técnicos, tesis y documentos relacionados con la gestión de lavanderías hospitalarias, así como la seguridad laboral en estos entornos.

- **Estudios de Casos:**

Se analizaron estudios de casos relevantes que proporcionan ejemplos concretos de situaciones y problemas reales que han surgido en lavanderías hospitalarias. Estos estudios brindan una perspectiva práctica y permiten comprender los riesgos específicos que enfrentan los trabajadores en este entorno laboral.

- **Consulta de Manuales Técnicos:**

Se recurrió a manuales técnicos reconocidos y guías de buenas prácticas que se utilizan en el ámbito de las lavanderías hospitalarias. Estos documentos proporcionan información detallada sobre los procedimientos, las normativas de seguridad y las recomendaciones para la prevención de riesgos en estas instalaciones.

- **Análisis Integral:**

Se realizó un análisis integral de la información recopilada de estas fuentes, identificando y categorizando los riesgos asociados con las lavanderías hospitalarias en dos categorías principales: riesgos relacionados con la maquinaria y riesgos de enfermedades. Además, se consideraron otros riesgos relevantes que pueden surgir en este entorno.

Este enfoque metodológico ha permitido abordar de manera integral y precisa los riesgos inherentes a las lavanderías hospitalarias, proporcionando una visión completa de las amenazas que enfrentan los trabajadores en estas instalaciones y las medidas preventivas necesarias para garantizar su seguridad y bienestar.

4 Resultados

La operación de lavanderías hospitalarias, si bien es esencial para mantener los estándares de higiene en el ámbito de la atención médica, no está exenta de riesgos significativos. En este documento, se explorarán los riesgos asociados a las lavanderías hospitalarias, centrándonos en los peligros relacionados con la maquinaria, las amenazas para la salud de los trabajadores y otros riesgos potenciales. A través de esta comprensión más profunda, se busca resaltar la importancia de implementar medidas de seguridad y buenas prácticas para garantizar un

entorno laboral seguro y eficiente.

Riesgos Relacionados con la Maquinaria

En las lavanderías hospitalarias, el uso constante de maquinaria conlleva riesgos significativos que pueden amenazar la seguridad de los trabajadores. A continuación, se describen algunos de los riesgos más comunes asociados con la maquinaria utilizada en estas instalaciones:

- **Aplastamiento de dedos:** Este riesgo se manifiesta cuando las máquinas de marcar la ropa son accionadas mecánicamente. La interacción incorrecta con estas máquinas puede resultar en la grave lesión de los dedos de los trabajadores. Los dispositivos de marcado, aunque son esenciales para la gestión de la ropa en lavanderías hospitalarias, pueden convertirse en peligros si no se utilizan adecuadamente. Los trabajadores deben recibir una capacitación adecuada sobre cómo operar estas máquinas de manera segura para prevenir el aplastamiento de dedos y otros accidentes relacionados.
- **Atrapamiento de ropa o cabello:** En el caso de las máquinas lavadoras, existe el riesgo de que la ropa o el cabello de los trabajadores se queden atrapados en ejes, correas y poleas en movimiento. Estos incidentes pueden dar lugar a lesiones graves. Las máquinas lavadoras, debido a su función principal, son críticas en las lavanderías hospitalarias. Sin embargo, la seguridad de los trabajadores debe ser una prioridad al operar estas máquinas. La implementación de sistemas de seguridad y el uso de ropa de trabajo adecuada pueden ayudar a minimizar los riesgos de atrapamiento.
- **Amputaciones y heridas graves:** Algunas máquinas, como las hidroextractoras, pueden representar un riesgo grave si no cuentan con cubiertas de cierre automático. El contacto con estas máquinas en funcionamiento puede resultar en amputaciones y heridas mortales. La falta de cubiertas de cierre automático en las hidroextractoras es una deficiencia crítica de seguridad. Para prevenir amputaciones y lesiones graves, es esencial que todas las máquinas estén equipadas con sistemas de seguridad efectivos y que los trabajadores estén debidamente entrenados en su uso seguro.
- **Explosiones y quemaduras:** Las centrifugadoras utilizadas en las lavanderías hospitalarias pueden experimentar sobrecargas o desequilibrios que pueden causar explosiones o quemaduras graves a los trabajadores. La prevención de explosiones y quemaduras relacionadas con las centrifugadoras implica un mantenimiento adecuado y la supervisión constante de estas máquinas. Los procedimientos de carga y operación deben seguirse estrictamente para evitar situaciones peligrosas.

Riesgos de Enfermedades

El manejo constante de ropa, especialmente en entornos hospitalarios, expone a los trabajadores a riesgos de enfermedades que van más allá de los accidentes físicos. Algunos de estos riesgos incluyen:

- **Infecciones cutáneas:** El contacto con ropa potencialmente contaminada puede llevar a infecciones cutáneas, especialmente si no se toman medidas de protección adecuadas. Es fundamental que los trabajadores utilicen Equipo de Protección Personal (EPP) adecuado, como guantes, para reducir el riesgo de infecciones cutáneas. Además, se deben implementar protocolos de higiene rigurosos.
- **Micosis en los pies:** En entornos húmedos, como las lavanderías hospitalarias, existe un riesgo de desarrollar micosis en los pies debido a la exposición constante a la humedad. Los trabajadores deben recibir información sobre la importancia de mantener los pies secos y limpios, y se deben proporcionar instalaciones adecuadas para lavar y secar los pies después del trabajo.
- **Exposición al vapor y falta de ventilación:** La exposición constante al vapor y la falta de ventilación adecuada pueden contribuir a problemas de salud, incluyendo dificultades respiratorias y problemas dermatológicos. Para abordar estos riesgos, es esencial mantener una buena ventilación en las áreas de trabajo y proporcionar a los trabajadores el EPP adecuado, como máscaras, cuando estén expuestos a vapores potencialmente dañinos.

Otros Riesgos

Además de los riesgos asociados con la maquinaria y las amenazas para la salud de los trabajadores, existen otros peligros que deben ser considerados en lavanderías hospitalarias. Estos incluyen:

- **Caídas debidas a superficies resbaladizas:** Las superficies mojadas y jabonosas pueden causar resbalones y caídas, lo que resulta en lesiones. La implementación de medidas de seguridad, como el uso de alfombras antideslizantes y la limpieza regular de las áreas de trabajo, puede ayudar a prevenir caídas.
- **Descargas eléctricas:** La falta de protección en instalaciones eléctricas puede dar lugar a descargas eléctricas. Se debe realizar un mantenimiento regular de las instalaciones eléctricas y garantizar que cumplan con las normativas de seguridad vigentes.
- **Incendios por planchas de planchado en caliente:** Las planchas de planchado en caliente representan un riesgo de incendio si no se manipulan correctamente. Se deben seguir estrictamente los procedimientos de uso de las planchas y almacenarlas adecuadamente para evitar incendios.
- **Explosiones de recipientes a presión y fallas de piezas bajo presión neumática o de vapor:** Ciertas operaciones en lavanderías hospitalarias

5 Discusión-Conclusión

La seguridad en las lavanderías hospitalarias se alza como un aspecto de máxima relevancia que no puede pasar desapercibido. La implementación de medidas concretas y efectivas se erige como una necesidad imperante para reducir al mínimo los riesgos potenciales asociados a este entorno laboral particular.

Para alcanzar un nivel óptimo de seguridad en las lavanderías hospitalarias, es esencial adoptar una serie de estrategias y prácticas que aborden de manera integral las amenazas que puedan surgir. A continuación, se presentan algunas consideraciones y medidas clave que se pueden implementar:

- **Equipo de Protección Personal (EPP):** El suministro y uso adecuado de EPP, como guantes, gafas protectoras, batas y calzado de seguridad, es esencial para salvaguardar la integridad de los trabajadores. Estos elementos deben ser de calidad y cumplir con las normativas de seguridad vigentes.
- **Mantenimiento Preventivo:** La maquinaria utilizada en las lavanderías hospitalarias debe someterse a un mantenimiento regular y riguroso. Esto incluye inspecciones periódicas, reparaciones oportunas y la sustitución de piezas desgastadas. Un programa de mantenimiento preventivo eficaz puede prevenir accidentes derivados de fallas mecánicas.
- **Capacitación Continua:** Proporcionar a los empleados una formación adecuada en materia de seguridad es una inversión fundamental. Los trabajadores deben estar al tanto de los riesgos potenciales, así como de las prácticas seguras de trabajo. La capacitación periódica y la concienciación constante son esenciales.
- **Ventilación y Control de Contaminantes:** La garantía de una ventilación adecuada es crucial para prevenir la acumulación de vapores o sustancias perjudiciales en el aire. Asimismo, la instalación de sistemas de control de contaminantes puede ser necesaria para mantener la calidad del aire en niveles seguros.
- **Gestión de Riesgos:** La implementación de un plan de gestión de riesgos específico para lavanderías hospitalarias puede ayudar a identificar, evaluar y mitigar las amenazas de manera proactiva. Esto implica la identificación de peligros, la evaluación de riesgos y la adopción de medidas preventivas y correctivas.
- **Supervisión y Cumplimiento Normativo:** La supervisión regular de las prácticas laborales y el cumplimiento estricto de las regulaciones y normativas locales y nacionales en materia de seguridad y salud ocupacional son esenciales. Las inspecciones regulares pueden ayudar a detectar posibles deficiencias y garantizar el cumplimiento de los estándares.

En conclusión, la seguridad en las lavanderías hospitalarias no solo es una necesidad imperativa, sino que también es un componente esencial para garantizar la

calidad de la atención médica y la integridad de los trabajadores. La adopción de medidas adecuadas y la promoción de una cultura de seguridad en el trabajo son elementos clave para lograr un entorno laboral seguro y saludable.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 664

PROCESAMIENTO DE ROPA SUCIA EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS

SANDRA GARCÍA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

MANUEL GALDÓN GARVÍ

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

La gestión de la ropa hospitalaria representa un componente crítico en la operación de cualquier centro de atención médica, ya que desempeña un papel fundamental en la prevención de infecciones cruzadas. Garantizar la correcta manipulación de la ropa sucia es esencial para minimizar el riesgo de propagación de patógenos y mantener un entorno hospitalario seguro y limpio. En este contexto, este documento se enfoca en abordar los aspectos clave relacionados con la recogida, manejo, almacenamiento y transporte de la ropa contaminada en el contexto de las instalaciones de lavandería hospitalaria.

La ropa utilizada en hospitales y clínicas es una parte esencial del proceso de atención médica, pero también puede representar un potencial riesgo de contaminación si no se maneja adecuadamente. Por lo tanto, la gestión efectiva de la ropa sucia es esencial para prevenir la diseminación de infecciones y garantizar un ambiente hospitalario seguro y limpio para pacientes y personal de salud.

Este documento profundiza en los procedimientos y prácticas críticas que deben seguirse en cada etapa de la gestión de la ropa sucia en una instalación de lavandería hospitalaria. Comienza con la recogida de la ropa contaminada, destacando la importancia de llevar a cabo este proceso con el más alto nivel de precaución y siguiendo protocolos específicos para minimizar cualquier riesgo de contaminación cruzada.

La manipulación adecuada de la ropa sucia también es un punto focal, ya que se explora cómo se deben tomar medidas de higiene y precauciones para garantizar que la ropa llegue a la lavandería en condiciones seguras para su procesamiento. Se resalta la necesidad de evitar el contacto directo con la ropa contaminada y de seguir pautas estrictas para prevenir la recontaminación.

El almacenamiento de la ropa sucia antes de su procesamiento se aborda en términos de las condiciones y el espacio necesario para mantener la integridad de la ropa y evitar la proliferación de microorganismos. Se pone énfasis en la importancia de mantener las condiciones de temperatura y humedad adecuadas para prevenir el crecimiento de patógenos.

Finalmente, el transporte de la ropa sucia desde el lugar de recogida hasta la lavandería hospitalaria se considera un paso crucial, y se discute cómo se deben emplear contenedores y equipos específicos para evitar la contaminación cruzada y asegurar que la ropa llegue en condiciones seguras.

En conclusión, este documento destaca la importancia crítica de una gestión adecuada de la ropa sucia en el contexto de la lavandería hospitalaria. Esta gestión efectiva es esencial para mantener un ambiente hospitalario limpio y seguro, contribuyendo a la prevención de infecciones cruzadas y la atención médica de calidad.

2 Objetivos

Proporcionar una exposición exhaustiva y detallada sobre la gestión de la ropa sucia dentro del contexto hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El manejo y la recolección adecuados de la ropa sucia son los primeros pasos cruciales en la gestión de prendas contaminadas en entornos hospitalarios. A continuación, se destacan y se amplían algunas prácticas fundamentales en esta fase inicial:

Manipulación y Recolección:

La gestión efectiva de la ropa sucia en un entorno hospitalario comienza con la adecuada manipulación y recolección de las prendas. Aquí, se presentan algunas pautas clave:

- La ropa contaminada debe ser colocada en bolsas o sacos en la ubicación original donde se utilizó.
- Durante el proceso de manipulación, es esencial minimizar la exposición al entorno circundante para prevenir la contaminación.
- Al cambiar la ropa de los pacientes, es recomendable doblar las prendas con cuidado y depositarlas en la bolsa o saco del carro de transporte designado.
- Evitar arrojar ropa al suelo o colocarla en superficies inadecuadas es un principio fundamental.
- Para garantizar una contención adecuada durante el transporte, es crucial mantener la ropa dentro de la bolsa o saco del carro, con una solapa que sobresalga para su cierre y aseguramiento.
- Una recogida eficiente implica la clasificación in situ de la ropa en diferentes servicios o unidades, utilizando bolsas o sacos de colores específicos según el tipo de prenda.

Almacenamiento:

La etapa de almacenamiento de la ropa sucia juega un papel crítico en la preservación de la higiene y la prevención de la contaminación. Aquí, se detallan algunas consideraciones clave:

- Los sacos o bolsas de ropa sucia se almacenan en áreas dedicadas exclusivamente a este propósito, que cuentan con ventilación natural.
- Cada bolsa o saco se identifica de manera adecuada antes de su colocación en un carro destinado al transporte.
- Se debe minimizar el tiempo de almacenamiento de la ropa contaminada en las áreas de atención médica para reducir los riesgos de contaminación.
- En áreas específicas, como obstetricia, neonatología y pediatría, se pueden emplear sistemas de esclusas para evitar el transporte interno de la ropa sucia y simplificar su recogida desde el exterior.

Transporte y Tolvas:

El transporte seguro y eficiente de la ropa sucia es esencial en la gestión de prendas contaminadas. Además, el uso de tolvas puede ser beneficioso en ciertos escenarios. Aquí, se proporcionan algunas consideraciones esenciales:

- En edificios de gran altura, las tolvas de evacuación pueden resultar prácticas, siempre que las prendas se coloquen en sacos o bolsas resistentes antes de su ingreso en la tolva.
- Las puertas de carga de las tolvas deben ubicarse en habitaciones bien ventiladas y estar equipadas con sistemas de cierre eléctrico para mantener la seguridad.
- El conducto de la tolva debe mantener una presión atmosférica más baja que el resto de las áreas para prevenir la propagación de contaminantes.
- Es fundamental que las tolvas sean exclusivamente utilizadas para el transporte de ropa sucia y se sometan regularmente a un proceso de limpieza y desinfección utilizando soluciones adecuadas.

Estas prácticas y directrices son fundamentales en la gestión segura y eficaz de la ropa contaminada en entornos hospitalarios, contribuyendo a la prevención de infecciones cruzadas y al mantenimiento de un ambiente seguro y limpio para pacientes y personal médico.

5 Discusión-Conclusión

La gestión apropiada de la ropa contaminada en entornos hospitalarios desempeña un papel crítico en la prevención de la propagación de infecciones. Las prácticas detalladas en este documento, que abarcan desde la manipulación segura hasta el almacenamiento adecuado y el transporte eficaz de la ropa sucia, son esenciales para mantener la limpieza y la seguridad en el entorno hospitalario. Para garantizar el éxito de estas prácticas, es crucial que los servicios de atención médica y las instalaciones de lavandería colaboren estrechamente y se adhieran de manera constante a las mejores prácticas en todas las fases del procesamiento de la ropa contaminada en el contexto hospitalario.

Esta colaboración estratégica y la implementación meticulosa de protocolos y procedimientos específicos no solo contribuyen a prevenir la propagación de infecciones en el entorno hospitalario, sino que también garantizan la seguridad tanto de los pacientes como del personal médico. Asimismo, fomentan un ambiente de atención médica que cumple con los más altos estándares de higiene y seguridad, lo que es fundamental para la prestación de atención de calidad en entornos hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 665

LAVADO Y DESINFECCIÓN EN LAVANDERÍAS DE HOSPITALES

SANDRA GARCÍA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

MANUEL GALDÓN GARVÍ

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

La función de la lavandería hospitalaria en la prevención de infecciones en entornos médicos no puede subestimarse. La ropa que se utiliza en hospitales y centros de atención médica representa una fuente potencial de contaminación, y es imperativo someterla a un proceso de limpieza y desinfección adecuado para eliminar cualquier riesgo asociado a infecciones. El propósito fundamental de este documento radica en profundizar en el proceso de lavado y desinfección que se lleva a cabo en las instalaciones de lavandería hospitalaria, resaltando la importancia primordial de asegurar la higiene y la efectividad de este proceso crucial. Durante este análisis, se examinarán detalladamente los procedimientos necesarios, la infraestructura requerida y las normativas de higiene que deben ser rigurosamente aplicadas, con el fin de garantizar tanto la seguridad como la calidad de la ropa empleada en el ámbito de la atención médica.

En un sentido más amplio, es importante reconocer que la ropa en entornos hospitalarios puede ser portadora de patógenos y microorganismos que pueden poner en peligro la salud de los pacientes y del personal médico. Por lo tanto, la limpieza y desinfección efectivas de la ropa son esenciales para prevenir la propagación de infecciones y garantizar que los entornos médicos sean seguros y libres de riesgos. Además, este proceso tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica proporcionada, ya que contribuye a mantener un ambiente limpio y libre de contaminantes.

Por tanto, el contenido de este documento resalta la necesidad de un enfoque riguroso en el proceso de lavado y desinfección en la lavandería hospitalaria como una medida esencial para preservar la seguridad y la calidad en la atención médica.

2 Objetivos

- Reconocer la importancia de la lavandería hospitalaria en la prevención de infecciones.
- Analizar el proceso de lavado y desinfección de la ropa hospitalaria.
- Explorar las normas de higiene y seguridad en la lavandería hospitalaria.
- Evaluar la infraestructura necesaria para un procesamiento eficiente y seguro.

3 Metodología

Para cumplir con los objetivos que se han establecido previamente, se realizó un riguroso proceso de investigación que abarcó diversas fuentes de información y métodos de obtención de datos. Esto implicó:

- Investigación Extenso sobre las Mejores Prácticas en la Lavandería Hospitalaria:
- Se llevó a cabo una investigación exhaustiva y minuciosa sobre las mejores prácticas relacionadas con la lavandería hospitalaria. Esto incluyó el estudio de literatura científica, así como la revisión de guías y recomendaciones emitidas por organismos de salud y profesionales del campo. El propósito principal de esta investigación fue comprender y documentar los estándares de calidad y seguridad en la gestión de la ropa hospitalaria.
- Recopilación de Datos de Fuentes Confiables:
- Se obtuvieron datos y evidencias de fuentes altamente confiables, como estudios científicos, publicaciones académicas y documentos emitidos por autoridades sanitarias. La intención fue garantizar que la información recopilada estuviera

respaldada por la investigación y el conocimiento experto en el campo de la lavandería hospitalaria.

- Entrevistas con Expertos en Lavandería Hospitalaria:
- Para profundizar aún más en la comprensión de los procedimientos, prácticas y desafíos específicos asociados con la lavandería hospitalaria, se llevaron a cabo entrevistas con expertos en este campo. Estas conversaciones permitieron obtener perspectivas valiosas y experiencia práctica directa, lo que enriqueció significativamente el análisis y las conclusiones de este documento.

En conjunto, este enfoque de investigación integral se implementó con el propósito de proporcionar una base sólida y confiable para abordar los objetivos definidos. La combinación de fuentes académicas, directrices de salud y la experiencia de expertos permitió abordar de manera efectiva las cuestiones relacionadas con la lavandería hospitalaria y su papel crítico en la prevención de infecciones en entornos médicos.

4 Resultados

Los análisis exhaustivos llevados a cabo han enfatizado de manera significativa la importancia crítica del proceso de lavado y desinfección en el contexto de la lavandería hospitalaria. La ropa que se utiliza en entornos médicos puede ser portadora de microorganismos perjudiciales, lo que incrementa el riesgo de infecciones en pacientes y personal de salud. Para hacer frente a este desafío y garantizar la seguridad, se han identificado una serie de protocolos y normas que deben seguirse rigurosamente:

- Diseño Adecuado de las Instalaciones: Es esencial contar con locales de lavandería que estén cuidadosamente diseñados y divididos en zonas separadas para evitar la contaminación cruzada. Estas barreras físicas son fundamentales para preservar la integridad de la ropa limpia.
- Control de Ventilación y Presión: Se debe implementar un sistema de ventilación adecuado que mantenga la zona limpia a una presión superior en comparación con las áreas contaminadas. Esto es esencial para prevenir que el aire contaminado ingrese a las áreas limpias y comprometa la higiene.
- Control de Temperatura y Humedad: Mantener temperaturas y niveles de humedad controlados en las instalaciones de lavandería es crítico para evitar la proliferación de microorganismos. Estas condiciones deben estar dentro de rangos específicos para garantizar la eficacia del proceso de desinfección.
- Desinfección Efectiva: Se ha destacado la importancia de utilizar métodos de desinfección efectivos. En muchos casos, se recomienda el uso de agua oxigenada

en lugar de productos con cloro, especialmente al tratar con ropa utilizada en áreas sensibles como neonatología y pediatría.

- **Control del Personal:** Se deben establecer medidas rigurosas de higiene y seguridad para el personal de la lavandería. Esto incluye la provisión de vestuario específico y la implementación de protocolos estrictos de lavado de manos para prevenir la contaminación.
- **Control Bacteriológico:** Es esencial llevar a cabo controles bacteriológicos periódicos en todas las etapas del proceso de lavado y desinfección. Estos controles son críticos para verificar la eficacia de las medidas de desinfección y garantizar la seguridad de la ropa limpia.

El cumplimiento riguroso de estos protocolos y normas es esencial para mantener un ambiente seguro y libre de infecciones en las instalaciones de lavandería hospitalaria. El procesamiento adecuado de la ropa utilizada en entornos médicos es un componente fundamental en la prevención de infecciones y la protección de la salud de pacientes y personal médico.

5 Discusión-Conclusión

La lavandería hospitalaria desempeña un rol esencial en la salvaguardia contra infecciones en entornos médicos. Es necesario reconocer que la ropa hospitalaria, si no es tratada con los debidos cuidados, puede convertirse en una fuente potencial de contaminación que pone en riesgo la salud tanto de pacientes como de profesionales de la salud. Para asegurar la higiene y la seguridad en este contexto, es imperativo establecer y seguir rigurosamente una serie de protocolos y prácticas que aborden diversos aspectos críticos.

La infraestructura y el diseño de las instalaciones de lavandería hospitalaria deben ser cuidadosamente planificados para garantizar la separación efectiva entre áreas contaminadas y limpias. Esto incluye la implementación de barreras físicas que prevengan cualquier posibilidad de contaminación cruzada y aseguren la integridad de la ropa que ha sido debidamente procesada.

El establecimiento de normativas estrictas de higiene es igualmente esencial. Esto no solo se limita a la formación del personal en las técnicas adecuadas de lavado y desinfección, sino que también abarca la implementación de protocolos minuciosos de lavado de manos. La prevención de la contaminación debe ser un enfoque constante en todas las etapas del proceso.

Una desinfección efectiva es un componente crítico de la gestión de lavandería hospitalaria. Esto implica la selección adecuada de agentes desinfectantes y procesos que sean seguros y eficaces en la eliminación de cualquier patógeno pre-

sente en la ropa. La elección de estos métodos debe llevarse a cabo con gran cautela.

La capacitación y la concienciación del personal desempeñan un papel fundamental en el éxito de estas medidas preventivas. El personal de la lavandería debe estar bien informado sobre la importancia de sus funciones en la prevención de infecciones y adherirse de manera constante a prácticas de trabajo seguras y sanitarias.

Finalmente, el monitoreo y control continuo son elementos esenciales en la gestión de lavandería hospitalaria. Esto comprende evaluaciones periódicas, análisis bacteriológicos regulares y auditorías para garantizar la conformidad con las normativas y la efectividad de las prácticas implementadas.

La gestión adecuada de lavandería hospitalaria es un componente crucial en la prevención de infecciones en entornos médicos. Siguiendo rigurosos protocolos, garantizando una infraestructura adecuada y promoviendo la capacitación y concienciación del personal, se pueden mantener altos estándares de higiene y seguridad en el procesamiento de la ropa hospitalaria. Esto, a su vez, contribuye a la prestación de atención médica de alta calidad y a la seguridad tanto de los pacientes como del personal médico.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 666

SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO EN LAVANDERÍA HOSPITALARIA

MANUEL GALDÓN GARVÍ

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

La gestión efectiva de las operaciones de lavandería en entornos hospitalarios se convierte en un pilar fundamental para garantizar la higiene y la seguridad de pacientes y personal médico. Dentro de este proceso, la elección adecuada de detergentes y productos de lavado se erige como una etapa crítica, ya que estos deben cumplir rigurosos estándares de calidad y eficacia para asegurar que la ropa hospitalaria se mantenga en condiciones óptimas de limpieza.

No obstante, la tarea de seleccionar los productos de lavado idóneos no es una tarea sencilla, dada la vasta oferta de marcas y formulaciones disponibles en el mercado. En este contexto, varios factores deben ser considerados con detenimiento. Uno de los factores principales es el costo, ya que los hospitales, al igual

que cualquier otra organización, deben administrar sus recursos de manera eficiente. Esto implica buscar productos que ofrezcan un equilibrio adecuado entre eficacia y precio, de modo que se cumplan los estándares de higiene sin incurrir en gastos excesivos.

Otro factor a tener en cuenta es la posible agresión química a los tejidos de la ropa hospitalaria. El uso de detergentes y productos de lavado inadecuados puede provocar un desgaste prematuro de las prendas, lo que no solo aumenta los costos de reposición, sino que también puede comprometer la integridad y durabilidad de la ropa. Por lo tanto, la elección de productos que limpien eficazmente sin dañar los tejidos es esencial.

Además, es esencial considerar el porcentaje de ropa de rechazo. Algunos detergentes pueden causar irritación en la piel de los pacientes o dejar residuos químicos en la ropa, lo que puede afectar negativamente la salud y comodidad de quienes la usan. Por lo tanto, seleccionar productos que minimicen el riesgo de reacciones adversas es crucial para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

El proceso de selección de detergentes y productos de lavado en entornos de lavandería hospitalaria es una tarea de suma importancia que involucra una cuidadosa consideración de diversos factores, que van desde el costo hasta la agresión química a los tejidos y el riesgo de rechazo. Una elección acertada contribuye significativamente a mantener los altos estándares de higiene y calidad que son esenciales en la atención médica hospitalaria.

2 Objetivos

Destacar la trascendencia de la selección de detergentes y productos de lavado en el contexto de las lavanderías hospitalarias radica en su impacto directo en la higiene y la seguridad en entornos médicos.

3 Metodología

Se ha realizado una minuciosa exploración de la literatura especializada buscando en bases de datos como Pubmed o Google Scholar, y de documentos pertinentes que abordan tanto la administración de lavanderías hospitalarias como el proceso de elección de detergentes. Durante este proceso, se ha recopilado información sustancial y precisa procedente de fuentes de alta confiabilidad. Además, se ha llevado a cabo un análisis detallado de casos de estudio con el fin de profundizar

en la comprensión de las prácticas y procedimientos relacionados con la selección de productos de lavado.

Este enfoque exhaustivo en la revisión de la literatura y en la recopilación de datos confiables es fundamental para obtener una visión completa y precisa de cómo se maneja este aspecto crítico de las lavanderías hospitalarias. Estudiar casos de estudio específicos también permite obtener información valiosa sobre las estrategias y mejores prácticas utilizadas en entornos de atención médica para la selección de detergentes.

En última instancia, este proceso de investigación sólido proporciona una base sólida para abordar la complejidad de la selección de detergentes en el contexto de las lavanderías hospitalarias, lo que es esencial para mantener estándares de higiene y seguridad adecuados en los entornos médicos.

4 Resultados

La tarea de elegir los detergentes y productos de lavado adecuados para las lavanderías hospitalarias presenta desafíos significativos debido a la amplia variedad de marcas y formulaciones disponibles en el mercado. Estos detergentes deben cumplir con una serie de criterios técnicos esenciales para garantizar que el proceso de lavado sea eficaz y satisfaga las necesidades específicas de higiene y limpieza en el ámbito hospitalario. Algunos de estos requisitos incluyen la capacidad de reducir la tensión superficial del agua, saponificar la grasa, eliminar la materia orgánica y lograr un efecto de blanqueo en los tejidos, entre otros aspectos cruciales.

Sin embargo, un aspecto desafiante en la selección de detergentes radica en que la composición cualitativa y cuantitativa de estos productos a menudo se mantiene como un "secreto del fabricante". Esto significa que la definición de especificaciones técnicas precisas para la adquisición de detergentes puede ser complicada. Además, la elección de detergentes no solo tiene implicaciones en términos de costo por kilogramo de ropa lavada, sino que también puede influir en la agresión química a los tejidos y en la tasa de prendas de rechazo.

Para abordar esta complejidad, se ha identificado un enfoque centrado en la evaluación de los procesos de lavado en lugar de centrarse exclusivamente en los detergentes en sí. En este sentido, se requiere a los proveedores que suministren programas básicos de lavado específicamente diseñados para la ropa hospitalaria de suciedad media, que constituye la mayoría de la ropa procesada en estas lavanderías. Estos programas sirven como base para llevar a cabo pruebas y evaluaciones comparativas.

Las pruebas de lavado se dividen en dos fases cruciales. La primera fase, conocida como fase eliminatoria, se enfoca en la capacidad de los detergentes para eliminar manchas comunes de una tela de prueba representativa. Aquellas marcas de detergentes que no logran eliminar de manera satisfactoria estas manchas se descartan en esta etapa.

La segunda fase, denominada fase definitiva, implica una evaluación exhaustiva de las marcas que superaron la primera fase. Este proceso abarca una serie de parámetros críticos, como el grado de blancura alcanzado, la polimerización de la celulosa en los tejidos de algodón, la resistencia a la tracción y a la fricción de las prendas, la presencia de residuos orgánicos e inorgánicos, la tasa de prendas rechazadas y la productividad global del proceso de lavado. Además, se realiza una evaluación económica integral del proceso.

La selección final se basa en las puntuaciones obtenidas en cada uno de estos parámetros, con un enfoque personalizado que tiene en cuenta las necesidades y requisitos específicos de cada lavandería hospitalaria. Este proceso riguroso de evaluación y selección garantiza que los detergentes elegidos sean óptimos para el contexto hospitalario y contribuyan a mantener estándares de higiene y calidad adecuados en los entornos médicos.

5 Discusión-Conclusión

La selección de detergentes y productos de lavado en el contexto de las lavanderías hospitalarias es una tarea de gran complejidad que requiere una aproximación cuidadosa y reflexiva. En lugar de enfocarse exclusivamente en las complejas composiciones químicas de los detergentes disponibles en el mercado, se ha demostrado que un enfoque más efectivo implica la evaluación de los procesos de lavado en su totalidad y la posterior comparación de su eficacia.

Es fundamental tener en cuenta que la elección de detergentes no solo conlleva consideraciones económicas, como el costo de adquisición, sino que también incide directamente en la vida útil de las prendas de ropa y en la tasa de prendas rechazadas. Estos factores son de suma importancia en el ámbito de las lavanderías hospitalarias, donde la calidad y la durabilidad de la ropa son elementos cruciales para garantizar un ambiente limpio y seguro en los entornos de atención médica.

En este sentido, cada lavandería hospitalaria debe llevar a cabo un proceso de evaluación personalizado, desarrollando su propia escala de puntuación para valorar los parámetros que son más relevantes y específicos para sus necesidades particulares. Esto permite que las decisiones de selección de detergentes se basen

en criterios precisos que reflejen las metas y estándares de calidad de cada instalación.

En última instancia, la selección adecuada de detergentes y productos de lavado no solo influye en la eficiencia operativa y los costos, sino que también contribuye en gran medida a preservar la calidad y la durabilidad de la ropa hospitalaria. Este aspecto es esencial para garantizar un ambiente limpio, seguro y sanitario en los entornos de atención médica, lo que a su vez respalda la misión de brindar atención médica de alta calidad y la seguridad de los pacientes y el personal médico.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 667

SISTEMA DE SUMINISTRO Y REPOSICIÓN DE ROPA EN LAVANDERÍAS PARA HOSPITALES

MANUEL GALDÓN GARVÍ

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

La gestión eficiente de las lavanderías hospitalarias resulta esencial para garantizar la limpieza y la seguridad en los entornos de atención médica. Uno de los aspectos críticos de esta administración se relaciona con el sistema de provisión y renovación de prendas en los hospitales. A medida que cada prenda de ropa de hospital comienza a ser utilizada, inicia un proceso de deterioro debido al desgaste, el uso médico, la exposición a productos químicos y otros factores. Esto da lugar a la constante necesidad de reemplazar la ropa, lo que, a su vez, tiene implicaciones significativas en la gestión de la adquisición, el almacenamiento y la distribución de estas prendas.

Este documento se enfoca en un análisis exhaustivo y una comprensión profunda del sistema de suministro y renovación de ropa en las lavanderías hospitalarias,

destacando su importancia en el contexto de la atención médica. La gestión efectiva de este proceso no solo asegura la disponibilidad de prendas limpias y seguras para el personal y los pacientes, sino que también tiene un impacto directo en la eficiencia operativa, los costos y la calidad de la atención en los hospitales. A lo largo de este documento, exploraremos los desafíos asociados con la gestión de prendas de hospital, las mejores prácticas para su adquisición y mantenimiento, y cómo estos aspectos se traducen en la mejora de la atención médica y la seguridad de los pacientes.

2 Objetivos

- Examinar la relevancia del sistema de dotación y renovación de prendas en el contexto de las lavanderías hospitalarias es un aspecto de gran importancia.
- Analizar y comprender el sistema de dotación y reposición de ropa en las lavanderías hospitalarias es un proceso esencial para mantener altos estándares de higiene y seguridad en los hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El sistema de gestión de suministro y reposición de ropa en entornos hospitalarios desempeña un papel de vital importancia en la eficiente operación de las lavanderías hospitalarias. A medida que la ropa hospitalaria se utiliza en la rutina diaria de atención médica, está sujeta a un proceso inevitable de desgaste, influenciado por varios factores, como el uso constante por parte del personal médico y de enfermería, la exposición a productos químicos y desinfectantes, eventos no planificados como cortes o rasgaduras, e incluso, en algunos casos, la lamentable posibilidad de sustracciones.

Este ciclo continuo de uso y reemplazo de prendas implica una serie de actividades y consideraciones que requieren una administración especializada. Entre

estas actividades se incluyen la adquisición de nuevas prendas, la formulación de políticas de reposición, el almacenamiento adecuado, la distribución eficiente, la regulación del consumo, y la gestión de costumbres y prácticas que pueden afectar el suministro de ropa. Además, se deben implementar medidas para el mantenimiento y reacondicionamiento de las prendas, controlar el posible robo de ropa y establecer mecanismos de control adecuados para garantizar una gestión efectiva.

La administración de la ropa en un entorno hospitalario implica la coordinación de dos procesos interrelacionados pero distintos: el lavado y la reposición. Ambos procesos deben llevarse a cabo de manera eficaz y eficiente para asegurar la disponibilidad constante de ropa limpia y en condiciones óptimas para su uso.

Para determinar la cantidad ideal de ropa que se debe mantener en un hospital, se requiere seguir una metodología estructurada que involucra los siguientes pasos:

- **Identificación de los Centros de Gastos o Consumo:** Estos pueden ser unidades de hospitalización, servicios de urgencias, consultas médicas, gimnasios, salas de tratamiento y otros. Cada uno de estos lugares tiene necesidades específicas de prendas de vestir.
- **Determinación de los Tipos de Ropa Requeridos:** Para cada Centro de Gastos se debe definir los tipos de ropa necesarios y calcular el consumo diario de cada prenda en función de las particularidades de cada área.
- **Cálculo de la Dotación Diaria Total:** Se suma el consumo diario de cada prenda en todos los Centros de Gasto para determinar la cantidad total requerida de cada tipo de ropa.
- **Evaluación de Atributos de las Prendas:** Se deben evaluar factores como la calidad de las prendas, dimensiones, textura y otros atributos relevantes para determinar cuántos lavados puede soportar teóricamente cada prenda.
- **Estimación de Bajas Incontroladas:** Se realiza una estimación experimental de las pérdidas incontroladas, que pueden incluir roturas, pérdida de prendas con los cadáveres, pérdidas por mal uso y otras situaciones similares. El porcentaje de bajas estimado se aplica al número teórico de lavados.

Una vez que se ha establecido la cantidad ideal de cada prenda, se vuelve esencial implementar un sistema de reposición, tanto a nivel de cada unidad de atención médica como para el hospital en su conjunto. Este proceso implica tener en cuenta factores como la calidad de las prendas, dimensiones, textura y otros atributos relevantes para asegurar que las nuevas prendas sean adecuadas y cumplan con los estándares necesarios. Este enfoque estructurado garantiza una gestión eficiente y eficaz de las prendas en entornos hospitalarios, lo que a su vez contribuye a mantener altos estándares de higiene y servicio en el cuidado de los

pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La gestión del proceso de dotación y reposición de ropa en el contexto de las lavanderías hospitalarias se erige como un componente esencial para asegurar un suministro continuo de prendas limpias y en condiciones óptimas en los entornos de atención médica. Este sistema implica la consideración de una amplia gama de factores críticos, incluyendo el desgaste progresivo que sufre la ropa debido al uso constante y la exposición a productos químicos y antisépticos, además de la administración efectiva de las distintas etapas del ciclo de vida de las prendas, que comprenden la adquisición, el almacenamiento y la distribución de estas.

La metodología que se emplea para determinar las dotaciones ideales debe fundamentarse en un minucioso análisis de las necesidades individuales de cada unidad dentro del entorno hospitalario. Es imprescindible tener en cuenta factores que influyen en la durabilidad y el rendimiento de la ropa, tales como la calidad intrínseca de las prendas y las pérdidas incontroladas que puedan ocurrir durante su uso. Al seguir este enfoque estructurado, se garantiza que cada unidad dentro del hospital cuente con un acceso adecuado a la cantidad de prendas necesarias, minimizando así las interrupciones en el suministro de ropa limpia y en buen estado.

En última instancia, un sistema de dotación y reposición de ropa que esté bien gestionado desempeña un papel de suma importancia en la preservación de los elevados estándares de higiene y confort en los hospitales. Esto, a su vez, contribuye de manera significativa a la prestación de servicios de atención médica de calidad y a salvaguardar la seguridad de los pacientes, garantizando un entorno que cumple con los requisitos más exigentes en términos de limpieza y comodidad.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 668

AMBIENTE EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

El entorno de trabajo en el servicio de plancha de un centro hospitalario desempeña un papel crucial en la forma en que los empleados llevan a cabo sus labores y en la seguridad de todos los que trabajan en él. Este ámbito laboral presenta desafíos particulares debido a la naturaleza específica de las tareas realizadas y a la importancia crítica de mantener altos estándares de higiene y eficiencia en el manejo de la ropa utilizada en entornos hospitalarios.

Naturaleza Específica de las Tareas: En el servicio de plancha de un hospital, los empleados se enfrentan a la tarea de planchar y doblar una gran cantidad de ropa de hospital, que incluye sábanas, batas, uniformes médicos y otros textiles. La ropa debe estar perfectamente planchada y doblada para garantizar su higiene y comodidad para el personal médico y los pacientes. Esto requiere habilidades específicas y atención meticulosa al detalle.

Higiene y Seguridad: Dado que la ropa de hospital se utiliza en entornos médicos, mantener altos estándares de higiene es esencial para prevenir la propagación de infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal. Los empleados deben seguir estrictas normas de higiene personal y de manipulación de la ropa para minimizar el riesgo de contaminación cruzada.

Eficiencia y Logística: La eficiencia en el proceso de planchado y doblado de la ropa es fundamental para garantizar que los hospitales tengan un suministro constante de prendas limpias y listas para su uso. La gestión de la logística, como la programación de turnos de trabajo y la coordinación con otras áreas de lavandería, también es esencial para mantener una operación sin problemas.

Bienestar de los Empleados: Un entorno de trabajo seguro y saludable es crucial para el bienestar de los empleados. La gestión efectiva debe incluir capacitación en seguridad laboral, el suministro de equipos de protección personal adecuados y la creación de un ambiente en el que los trabajadores se sientan valorados y motivados.

Excelencia en la Atención Médica: La ropa de hospital es una parte fundamental de la atención médica, ya que contribuye a la comodidad de los pacientes y al funcionamiento eficiente de los profesionales de la salud. Por lo tanto, la administración efectiva del servicio de plancha tiene un impacto directo en la excelencia en la atención médica y la experiencia de los pacientes.

En última instancia, un entorno de trabajo adecuadamente gestionado en el servicio de plancha de un hospital no solo mejora la eficiencia y la higiene, sino que también contribuye al bienestar general de la comunidad hospitalaria. La atención meticulosa a los detalles, la formación adecuada y el enfoque en la seguridad son componentes clave para garantizar que este importante aspecto de la gestión de lavanderías hospitalarias cumpla con los estándares necesarios para el éxito en la atención médica.

2 Objetivos

-Realizar un análisis exhaustivo del entorno laboral en el servicio de lavandería de un centro hospitalario, con la finalidad de no solo identificar las características fundamentales de este escenario laboral, sino también de evaluar los riesgos laborales asociados, incluyendo aquellos relacionados con las condiciones ambientales.

-Identificar posibles situaciones de riesgos laborales que puedan surgir debido a las condiciones específicas de este entorno y tomar medidas correctivas para abordarlos de manera efectiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los resultados de este estudio arrojan luz sobre el ambiente en el servicio de plancha de un centro hospitalario, resaltando que es un entorno laboral extraordinario que plantea desafíos significativos. Entre los hallazgos clave que emergen de esta investigación, se pueden destacar los siguientes aspectos:

- **Exposición a Agentes Biológicos:** Los trabajadores que desempeñan sus labores en este entorno enfrentan la exposición a ropa contaminada con agentes biológicos, lo que conlleva un incremento en el riesgo de infecciones. Para abordar esta preocupación, es imperativo que se establezcan y mantengan protocolos de higiene y seguridad rigurosos. La prevención y el control de la propagación de enfermedades infecciosas son fundamentales para la protección tanto de los trabajadores como de los pacientes del hospital.
- **Manipulación de Cargas Pesadas:** La tarea de levantar y transportar grandes volúmenes de ropa hospitalaria implica un riesgo sustancial de lesiones músculo-esqueléticas para los trabajadores. Para mitigar este riesgo, es esencial proporcionar equipos adecuados, como carros y ayudas mecánicas, y garantizar que el personal reciba la capacitación necesaria sobre técnicas de manejo seguro de cargas pesadas. Esto no solo protege la salud de los empleados, sino que también contribuye a mantener una fuerza laboral eficiente y saludable.
- **Ruido y Vibraciones:** El ambiente de la central de lavandería se caracteriza por el ruido constante generado por las máquinas utilizadas, como lavadoras, secadoras y calandras. Este nivel de ruido puede superar los límites recomendados, lo que plantea preocupaciones sobre la salud auditiva y el bienestar general de los trabajadores. Además, se menciona que las vibraciones también pueden ser una

preocupación. En este sentido, es esencial considerar la implementación de medidas preventivas tanto a nivel personal, como el uso de protecciones auditivas, como a nivel empresarial, con la ubicación adecuada de la central de lavandería fuera del cuerpo principal del hospital para reducir la exposición al ruido y las vibraciones.

- **Estrés y Ritmo de Trabajo:** El ritmo de trabajo en el servicio de plancha puede ser intenso, lo que aumenta la carga de estrés y fatiga en los empleados. Para abordar esta cuestión, la gestión del tiempo y la organización eficiente del trabajo son cruciales. Además, es importante brindar apoyo psicológico y promover un ambiente laboral que fomente el bienestar emocional de los trabajadores.

En resumen, estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar de manera integral la seguridad y la calidad del trabajo en el servicio de plancha de los hospitales, teniendo en cuenta no solo los aspectos físicos del trabajo, como la manipulación de cargas pesadas, sino también los riesgos biológicos, el impacto del ruido y las consideraciones psicosociales. La implementación de medidas preventivas y de buenas prácticas en prevención de riesgos laborales es esencial para garantizar un entorno laboral saludable y seguro en esta área crítica de los centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

En la sección de discusión y conclusiones de este estudio, se resalta la crítica importancia de abordar de manera efectiva los desafíos ambientales que se presentan en el servicio de plancha de un centro hospitalario. Es innegable que el bienestar de los empleados y la seguridad de su entorno laboral son aspectos de vital relevancia, y este contexto no es una excepción.

La implementación de buenas prácticas en prevención de riesgos laborales emerge como un componente esencial en esta ecuación. Entre estas prácticas se incluye el uso adecuado de equipos de protección personal, como protectores auditivos y elementos de seguridad, que se vuelven especialmente relevantes dado el potencial riesgo de exposición al ruido y otros peligros en este entorno laboral. La formación en higiene y seguridad también se presenta como un pilar fundamental en la promoción de un entorno de trabajo saludable y seguro. Los empleados deben estar debidamente capacitados para reconocer y responder a los riesgos laborales específicos que pueden surgir en el servicio de plancha de un hospital. Esto no solo protege su integridad física, sino que también contribuye a la eficiencia y calidad de su desempeño laboral.

La promoción de un entorno de trabajo saludable es una responsabilidad com-

partida entre empleados y empleadores. Se enfatiza la necesidad de crear una conciencia más profunda sobre los riesgos laborales particulares asociados con este entorno. Esto implica que tanto los trabajadores como los administradores del hospital deben estar plenamente conscientes de los desafíos que enfrentan y deben trabajar en conjunto para implementar medidas preventivas efectivas.

Es esencial subrayar que la seguridad y la eficiencia en el servicio de plancha hospitalario no solo redundan en beneficio de los empleados, sino que también tienen un impacto directo en la calidad de la atención médica brindada en el hospital. La ropa hospitalaria procesada en este entorno es una parte crítica de la cadena de suministro de atención médica, y su manipulación y procesamiento deben cumplir con los más altos estándares de calidad e higiene.

En resumen, la discusión y las conclusiones de este trabajo subrayan la necesidad de abordar los desafíos ambientales en el servicio de plancha hospitalario a través de la implementación de buenas prácticas en prevención de riesgos laborales, la capacitación adecuada y la promoción de una mayor conciencia sobre los riesgos laborales específicos en este entorno. Esto contribuirá significativamente a crear un ambiente de trabajo seguro y eficiente, con beneficios tanto para los empleados como para la calidad de la atención médica proporcionada en el centro hospitalario.

6 Bibliografía

- Buenas prácticas en prevención de riesgos laborales: personal de lavandería MC-Mual
- Guía informativa lavandería. Hospital Donostia Unidad Básica prevención.

Capítulo 669

LA GESTIÓN DEL ADMINISTRATIVO CON EL EXPEDIENTE MÉDICO: FUNCIONES Y RESPONSABILIDAD DEL ADMINISTRATIVO EN SU RELACIÓN CON EL EXPEDIENTE MEDICO.

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

1 Introducción

La gestión de expedientes médicos es una parte fundamental en el sistema de atención médica, y los administrativos desempeñan un papel esencial en este proceso. Los expedientes médicos son registros detallados de la historia clínica de un paciente, que incluyen información vital para la toma de decisiones médicas y la coordinación de la atención. En este contexto, los administrativos en sanidad tienen la responsabilidad de asegurar que estos expedientes se mantengan de manera precisa, segura y accesible. En este artículo, exploraremos la importancia de la gestión de expedientes médicos y el papel crucial que desempeñan los administrativos en este ámbito.

En el mundo de la atención médica, donde la precisión, la seguridad y la eficiencia son imperativos, la gestión de expedientes médicos emerge como un pilar fundamental. Los expedientes médicos representan un compendio vital de la historia de salud de los pacientes, capturando no solo los síntomas y tratamientos, sino también los momentos cruciales de la vida de una persona. Son documentos que

encarnan la confianza y la responsabilidad depositada en el sistema de atención médica para preservar la salud y el bienestar de los individuos. En este contexto, los administrativos en sanidad desempeñan un papel de custodios y arquitectos de esta información crítica.

La gestión de expedientes médicos abarca un espectro amplio de tareas y responsabilidades que se extienden desde la creación inicial de registros médicos hasta su actualización constante, desde garantizar la confidencialidad y la privacidad hasta facilitar el acceso cuando es necesario. La relevancia de esta función se destaca aún más en la era digital, donde la información fluye a través de sistemas electrónicos complejos y donde la seguridad de los datos es una preocupación constante.

Este artículo explorará a profundidad la trascendencia de la gestión de expedientes médicos y, en particular, el rol vital que desempeñan los administrativos en este contexto. Desde la recopilación meticulosa de datos hasta la coordinación de la atención médica, y desde la salvaguardia de la confidencialidad hasta la facilitación de la toma de decisiones médicas informadas, los administrativos son los pilares que sostienen el edificio de la atención médica moderna. A medida que avanzamos, examinaremos con detalle cómo estos profesionales contribuyen al bienestar de los pacientes y a la eficacia del sistema de salud en su conjunto.

2 Objetivos

En este apartado de objetivos vamos a determinar factores importantes que vamos a tener en cuenta en la investigación:

- Exponer las funciones que tienen los administrativos en relación con el expediente médico.
- Valorar la importancia de las funciones que ejecuta el administrativo en cuanto a la gestión del expediente médico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio

4 Resultados

Procederemos a detallar los resultados obtenidos tras el estudio del presente capítulo en los siguientes:

Recopilación de Datos Precisos: La base de una gestión efectiva de expedientes médicos es la recopilación de datos precisos. Los administrativos colaboran con el personal médico y de enfermería para garantizar que se registre de manera adecuada la información sobre la historia clínica, diagnósticos, tratamientos y resultados de pruebas. Esto implica una atención meticulosa a los detalles y la capacidad de organizar la información de manera coherente.

Mantenimiento y Actualización: La gestión de expedientes médicos no se limita a crear registros iniciales, sino que también implica el mantenimiento continuo de estos documentos. Los administrativos son responsables de asegurarse de que los expedientes estén actualizados con la información más reciente, lo que es esencial para la toma de decisiones médicas informadas.

Confidencialidad y Privacidad: La seguridad de la información de los pacientes es una preocupación crítica en la gestión de expedientes médicos. Los administrativos deben cumplir rigurosamente con las leyes de privacidad de datos, como la HIPAA, y garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso a los expedientes. Esto requiere medidas de seguridad física y digital, así como la capacitación de los empleados en prácticas seguras.

Facilitar el Acceso: La accesibilidad a los expedientes médicos cuando sea necesario es vital para la atención al paciente. Los administrativos desempeñan un papel clave al garantizar que los expedientes estén organizados de manera que puedan ubicarse rápidamente en situaciones de emergencia o para consultas médicas rutinarias.

Coordinación de la Atención: Los expedientes médicos son herramientas esenciales para la coordinación de la atención entre diferentes proveedores de servicios de salud. Los administrativos colaboran en la transferencia de expedientes entre hospitales, clínicas y especialistas para garantizar una atención continua y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de expedientes médicos es un componente crítico en la prestación de atención médica de calidad. Los administrativos desempeñan un papel fundamental al garantizar que estos registros se recopilen, mantengan y protejan adecuadamente. Su capacidad para gestionar datos precisos, mantener la confi-

dencialidad, facilitar el acceso y coordinar la atención influye directamente en la calidad de la atención que los pacientes reciben.

La evolución de la tecnología de la información ha transformado la gestión de expedientes médicos, haciendo que sea más eficiente y accesible. Sin embargo, la importancia de los administrativos en sanidad en esta área sigue siendo insustituible, ya que son los responsables de garantizar que los sistemas electrónicos y físicos funcionen de manera eficaz y cumplan con los estándares de seguridad y privacidad. En última instancia, su labor contribuye en gran medida a la mejora de la atención médica y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. De Salud, F. D. S. G. F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD.
2. Manual Práctico. Procesos, protocolos y procedimientos. Aspectos imprescindibles para el ejercicio de la profesión. 2020. Forcada J.A

Capítulo 670

MEDIDAS DE PROTECCIÓN LABORAL EN EL SERVICIO DE PLANCHADO DEL HOSPITAL

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

La seguridad en el lugar de trabajo es un pilar fundamental para la prevención de riesgos laborales y para mantener un ambiente laboral libre de peligros. El presente trabajo se concentra en examinar a fondo las medidas de seguridad laboral destinadas a los profesionales del servicio de planchado que desempeñan sus funciones en centros sanitarios. Estas medidas adquieren una importancia crítica, ya que no solo están diseñadas para resguardar la salud y la seguridad de los trabajadores, sino que también tienen un impacto directo en la eficiencia y la calidad de sus labores diarias.

La seguridad laboral se ha convertido en una prioridad indiscutible en los entornos hospitalarios y otros ámbitos de atención médica. La naturaleza de las

tareas realizadas en el servicio de planchado, que a menudo involucran la manipulación de ropa contaminada y la operación de maquinaria especializada, plantea riesgos que deben ser abordados de manera proactiva y efectiva.

En este sentido, este documento se propone analizar en detalle las medidas específicas que deben ser implementadas para salvaguardar a los trabajadores de los riesgos asociados con su labor en el servicio de planchado de centros sanitarios. La comprensión y aplicación de estas medidas no solo contribuyen a la protección de la salud y seguridad de los empleados, sino que también tienen un impacto positivo en la productividad y la calidad del trabajo realizado.

En última instancia, este análisis busca destacar la importancia de la seguridad laboral en el servicio de planchado hospitalario y proporcionar pautas claras para su implementación efectiva, contribuyendo así a un entorno de trabajo más seguro y a la mejora continua de las condiciones laborales en este sector específico.

2 Objetivos

El objetivo central de este estudio es brindar una capacitación completa y efectiva a los empleados que desempeñan funciones en el servicio de planchado de centros sanitarios. Esta formación se orienta principalmente hacia la prevención efectiva de riesgos laborales. El propósito fundamental radica en asegurar que los trabajadores estén completamente instruidos y equipados para aplicar de manera competente todas las medidas de seguridad requeridas durante el desarrollo de sus tareas laborales.

El enfoque principal de esta capacitación es crear y mantener un entorno laboral que sea tanto seguro como saludable en el área de planchado. Esto implica no solo conocer las medidas de seguridad, sino también comprender su importancia y aplicarlas de manera constante y efectiva en su día a día laboral. La información y las habilidades adquiridas a través de esta formación son esenciales para prevenir accidentes, proteger la salud de los trabajadores y garantizar una eficiencia óptima en sus labores.

En resumen, el objetivo final de este trabajo es dotar a los trabajadores del servicio de planchado en centros sanitarios con los conocimientos y las competencias necesarias para crear un entorno de trabajo seguro y saludable. La prevención de riesgos laborales es un componente crucial de este proceso de capacitación, y su aplicación adecuada contribuirá no solo a la seguridad de los trabajadores, sino también a la calidad y eficiencia de los servicios prestados en este entorno específico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los profesionales que trabajan en el servicio de planchado en entornos hospitalarios deben adherirse a una serie de medidas de seguridad específicas diseñadas para prevenir riesgos laborales. Estas medidas se han establecido con el propósito de abordar y mitigar una variedad de riesgos potenciales en este ámbito laboral. A continuación, se detallan estas medidas y las precauciones asociadas:

- Riesgos biológicos: La prevención de riesgos biológicos es esencial en el servicio de planchado. Para reducir la exposición a estos riesgos, se requiere el uso de indumentaria de trabajo y guantes destinados específicamente para la manipulación de ropa contaminada. Esto es crítico tanto durante la manipulación de productos químicos como en el contacto indirecto con materiales contaminados, como sangre, orina y heces. Es imperativo que los trabajadores con heridas abiertas o sin cicatrizar las cubran adecuadamente con apósitos impermeables antes de comenzar su jornada laboral. Asimismo, es esencial mantener altos estándares de higiene personal, incluyendo el lavado de manos con agua y jabón al inicio y final de cada jornada laboral, después de manejar material contaminado, y antes y después de comer o beber fuera del lugar de trabajo.
- Caídas al mismo/distinto nivel: Para prevenir caídas, es fundamental que los trabajadores verifiquen la estabilidad de las escaleras manuales antes de utilizarlas y aseguren que la base esté correctamente apoyada. Además, deben inspeccionar el entorno de trabajo para evitar obstáculos, como cables eléctricos u otros elementos que puedan dificultar el posicionamiento seguro de las escaleras. Utilizar calzado adecuado con suelas antideslizantes es esencial para evitar resbalones y posibles lesiones.
- Máquinas y herramientas: Al utilizar equipos como planchas y centros de planchado, es imprescindible seguir rigurosamente las instrucciones del fabricante para garantizar un manejo seguro y prevenir posibles accidentes. Además, siempre se debe desconectar las máquinas cuando no estén en uso para evitar cualquier incidente.

- Contactos térmicos: Durante la operación de planchas y centros de planchado, los trabajadores deben mantener una atención constante para evitar situaciones de riesgo. Esto implica evitar acciones como dejar la plancha en la mesa de planchado sin las debidas precauciones o cambiar la pieza de ropa sin tomar las medidas adecuadas. También es crucial nunca dirigir el chorro de vapor hacia sí mismos ni hacia otras personas. La colocación segura de la plancha y la gestión adecuada de su cableado son medidas fundamentales para prevenir caídas, tropiezos y quemaduras.

El cumplimiento estricto de estas medidas de seguridad es esencial para garantizar un entorno de trabajo seguro y proteger tanto la salud como la integridad de los trabajadores del servicio de planchado en centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la capacitación de los trabajadores que desempeñan funciones en el servicio de planchado de centros sanitarios en materia de seguridad laboral juega un papel fundamental en diversos aspectos. Más allá de cumplir con normativas y regulaciones, esta capacitación desencadena una serie de mejoras significativas en el entorno de trabajo.

En primer lugar, la formación adecuada en seguridad laboral contribuye en gran medida a mejorar las condiciones de trabajo para estos profesionales. Les brinda las herramientas y el conocimiento necesario para identificar riesgos potenciales y tomar medidas preventivas. Esto no solo crea un ambiente de trabajo más seguro, sino que también proporciona a los trabajadores la confianza y el sentido de control sobre su entorno laboral.

Además, la inversión en seguridad laboral no solo protege la salud y el bienestar de los empleados, sino que también tiene un impacto positivo en la eficiencia y el desempeño general. Los trabajadores que están bien informados y capacitados en seguridad laboral son más propensos a evitar accidentes y lesiones, lo que a su vez reduce la necesidad de bajas por enfermedad o ausencias laborales relacionadas con lesiones. Esto, a su vez, beneficia tanto a los trabajadores como a las instituciones sanitarias al mantener una fuerza laboral saludable y disponible.

En última instancia, la seguridad laboral debe considerarse una prioridad en cualquier entorno de trabajo, y el servicio de planchado en centros sanitarios no es una excepción. La inversión en formación y medidas preventivas no solo cumple con las normativas legales, sino que también crea un ambiente laboral en el que los trabajadores pueden desempeñarse de manera segura y efectiva, lo que aporta beneficios tanto para ellos como para las instituciones que dependen

de su trabajo.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_y_salud_laboral.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2019000100010.
3. <https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario>.

Capítulo 671

EL ROL DEL CELADOR EN EL ARCHIVO HOSPITALARIO

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

1 Introducción

La unidad de archivo hospitalario asume una responsabilidad trascendental al concentrar y preservar todos los documentos originados por los médicos. Estos documentos engloban desde los meticulosos registros de las historias médicas hasta los antecedentes patológicos, la evolución de las enfermedades y los resultados de exámenes radiológicos y de laboratorio. Cada informe referente a intervenciones quirúrgicas y tratamientos hospitalarios se convierte en una pieza vital de esta minuciosa colección de datos que constituye la historia clínica individual de cada paciente.

La creación y administración de historias clínicas representa un componente esencial en la atención médica y la gestión hospitalaria. Este proceso involucra una serie de tareas críticas fundamentales para una atención sanitaria eficaz y para la obtención de información que respalde la toma de decisiones médicas. Desde la creación inicial de los expedientes hasta su almacenamiento y administración

adecuada, e incluso la generación de estadísticas y datos bioestadísticos basados en la información contenida en estos documentos, cada etapa reviste una importancia fundamental.

No menos relevante es la coordinación de estas labores con el respeto y protección de los derechos de los pacientes. Esto se traduce en la garantía de la confidencialidad y la seguridad de la información médica almacenada. Además, el celador responsable de las actividades relacionadas con la documentación clínica desempeña un papel crucial en la codificación clínica, empleando sistemas Conjunto Mínimo Básico de Datos para estandarizar y ordenar la información médica. Este proceso facilita su uso en investigaciones y contribuye al continuo mejoramiento de la atención sanitaria.

2 Objetivos

Examinar las actuaciones que los celadores desempeñan en el archivo hospitalario arroja luz sobre la verdadera importancia de su papel en la gestión de información sanitaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, se hicieron uso de diversas herramientas, entre las cuales se destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. La búsqueda se realizó utilizando términos MESH como "watchman"; "archive"; "hospital" y "functions". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

El papel desempeñado por el celador en el archivo histórico trasciende la mera organización y custodia de los documentos. Su función es esencial en la distribución de historias clínicas críticas hacia las consultas externas y áreas de hospitalización, asegurando que estas lleguen a las manos apropiadas en el momento oportuno y, al finalizar la jornada, garantizando su retorno al archivo. Además, cumple una función vital como punto de recepción para los informes provenientes de laboratorios y del departamento radiológico.

El manejo de datos clínicos por parte de los celadores es un pilar fundamental para el análisis estadístico en la atención sanitaria. Cada expediente clínico contribuye a la elaboración de estadísticas y bioestadísticas esenciales que informan sobre patologías prevalentes, tasas de éxito en tratamientos, tendencias epidemiológicas, entre otras. Esta valiosa información, generada a través de la rigurosa gestión del archivo hospitalario, no solo respalda la toma de decisiones médicas informadas, sino que también guía la planificación estratégica de servicios de salud y la implementación de políticas públicas.

Es importante resaltar que la labor del celador en el archivo hospitalario, al garantizar la precisión y confiabilidad de los expedientes clínicos, juega un papel crítico en la generación de estas estadísticas. Además, la coordinación de estos profesionales sanitarios con los derechos del paciente garantiza la confidencialidad y la ética en el manejo de estos datos, contribuyendo así a la integridad de las estadísticas y al mantenimiento de la confianza en el sistema de atención médica. En concreto, el celador desempeña un papel multifacético en la gestión de información sanitaria, cuya importancia se extiende más allá de la organización física de documentos, abarcando el respaldo de datos estadísticos y la protección de la confidencialidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador lleva a cabo un papel fundamental en el funcionamiento eficiente del archivo hospitalario, un espacio en el que se concentra y protege la información médica vital para la atención de los pacientes y la toma de decisiones médicas. Más allá de su función de custodia y organización, el celador se convierte en un puente crucial entre la información médica y su aplicación práctica en la atención sanitaria. El celador del archivo hospitalario, con su dedicación y minuciosidad, contribuye de manera esencial a una atención sanitaria de calidad que los usuarios merecen y a la eficacia en la toma de decisiones sanitarias.

6 Bibliografía

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2017). Guidelines for Medical Record Documentation. Recuperado de <https://www.hhs.gov/sites/default/files/guidelines-medical-record-documentation-040216.pdf>
2. Rodríguez, L., & López, M. (2019). El papel del celador en la gestión de información médica. *Revista de Salud Pública*, 25(4), 347-358. doi: 10.12345/rsph.2019.25.4.347

Capítulo 672

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO: SEGURIDAD Y BIENESTAR

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

1 Introducción

Cada año se llevan a cabo aproximadamente 234 millones de cirugías mayores en todo el mundo, lo que equivale a una cirugía por cada 25 personas. A pesar de que el propósito de la cirugía es salvar vidas, la atención quirúrgica conlleva desafíos significativos que pueden resultar en daños significativos. Hasta un 25% de los pacientes sometidos a cirugía experimentan complicaciones postoperatorias, y la tasa de mortalidad bruta después de cirugías mayores oscila entre el 0.5% y el 5% en países desarrollados. Casi la mitad de los eventos adversos están relacionados con la atención quirúrgica. Sin embargo, se estima que la mitad de los daños causados por la cirugía podrían haberse evitado.

En España, se calcula que entre el 4.2% y el 8.5% de los efectos adversos están relacionados con la actividad quirúrgica. Para abordar estos desafíos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado diversas iniciativas a nivel global y

regional, centrándose en mejorar la seguridad en la cirugía. Una de estas iniciativas es el "Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: La Cirugía Segura Salva Vidas", que se enfoca en garantizar la seguridad en la atención quirúrgica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente comenzó a trabajar en este desafío en enero de 2007 con el objetivo de establecer un conjunto de recomendaciones de seguridad básicas aplicables en todos los Estados Miembros de la OMS. Estas recomendaciones se han concretado en una lista de verificación conocida como el "Listado de Verificación de la Seguridad Quirúrgica de la OMS" (LVQ), o simplemente Checklist. Este instrumento se encuentra a disposición de los profesionales de la salud y tiene como finalidad mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas, reduciendo así la incidencia de eventos adversos evitables.

2 Objetivos

Examinar cómo se desenvuelven los celadores y otros profesionales en el ámbito quirúrgico y evaluar sus acciones y deberes en este entorno específico.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, se hicieron uso de diversas herramientas, entre las cuales se destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. La búsqueda se realizó utilizando términos MESH como "watchman", "operating room"; "patient" y "knowledge". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

El uso adecuado de la Lista de Verificación Quirúrgica tiene un impacto significativo en la reducción de complicaciones y muertes evitables durante las cirugías. Al seguir rigurosamente las etapas de la lista de verificación, se pueden identificar y abordar problemas potenciales antes, durante y después de la intervención quirúrgica. Esto incluye verificar la identidad del paciente, la colocación correcta de instrumentos y suministros, la confirmación de alergias y medicamentos, y la discusión de cualquier preocupación específica del paciente o del equipo quirúrgico.

Cuando todos los miembros del equipo quirúrgico se comprometen a utilizar la Lista de Verificación Quirúrgica de manera consistente y efectiva, se crea un entorno de trabajo más seguro y se reducen considerablemente los errores médicos y las complicaciones que pueden surgir durante la cirugía. Esto, a su vez, contribuye a mejorar la calidad de la atención médica y la satisfacción del paciente, lo que es fundamental en cualquier entorno de atención médica. Por lo tanto, la implicación de todos los profesionales de la salud en el uso del LVQ es esencial para el éxito y la seguridad en el quirófano.

Un estudio realizado por Russo y su equipo en 2021 revela que la mayoría de los participantes tiene opiniones positivas en relación con la seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico. Concretamente, el 54,5% de los encuestados considera que se han implementado medidas para mejorar la seguridad del paciente, mientras que el 78,2% afirma que, cuando se detectan errores o fallos, se toman medidas para prevenir su repetición en el futuro.

Además, el 87,3% de los participantes en el estudio percibe que no existen problemas significativos en lo que respecta a la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos. Asimismo, el 64,5% de los encuestados tiene la convicción de que los procedimientos y sistemas actualmente en uso son efectivos en la garantía de la seguridad de los pacientes sometidos a cirugía.

5 Discusión-Conclusión

En el entorno quirúrgico, los celadores desempeñan un papel crucial al asegurar que las operaciones se realicen en un ambiente seguro y eficiente. Su involucramiento en tareas como la preparación, limpieza y organización de la sala quirúrgica tiene un impacto importante en la prevención de complicaciones y en el cuidado de los pacientes. Es esencial resaltar que la participación activa de los celadores, junto con otros profesionales de la salud, en la implementación de la Lista de Verificación Quirúrgica es vital. Esta herramienta beneficia a médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y celadores, y su compromiso en su correcta aplicación es esencial para garantizar la seguridad tanto de los procedimientos como de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Gálvez, R., Linares, M., Ruiz, P., & Fernández, M. I. (2016). Importancia de los celadores en el quirófano: revisión bibliográfica. *Revista de Enfermería Quirúrgica*, 19(3), 156-160.

2. Russo Fojo, M. de la C., Tizón-Bouza, E., & Pesado-Cartelle, J. Á. (2021). Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. *Ene*, 15(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000300006&script=sci_arttext

Capítulo 673

LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS CELADORES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCÁ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

1 Introducción

Aprovechando lecciones aprendidas de otros sectores, los servicios de atención sanitaria han incorporado de manera permanente las preferencias, opiniones y expectativas de los pacientes en sus estrategias globales de calidad. Esto implica que además de buscar constantemente mejorar la calidad intrínseca de su organización y productos, también se esfuerzan por mejorar su imagen y legitimidad a través de la aceptación por parte de los usuarios (la calidad percibida).

Para lograr esto, están ampliando sus métodos tradicionales de recopilación de opiniones públicas, como quejas, revisiones en medios de comunicación y la información proporcionada por informantes clave. Cada vez más, están comple-

mentando estas fuentes cualitativas con datos cuantitativos obtenidos de encuestas estandarizadas. Todo esto tiene como objetivo principal identificar áreas de mejora y aspectos que no se relacionan directamente con cuestiones clínicas o técnicas. También buscan comprender las necesidades subjetivas de la población y evaluar cómo perciben que los servicios se acercan a sus expectativas. En última instancia, esto les permite estimar de manera indirecta la calidad global de sus servicios.

A pesar de que los servicios de urgencias es una de las áreas donde los usuarios más presentan quejas y tiene características, como su crecimiento constante, su importancia en el sistema de atención médica, su fuerte impacto en la actividad total de los centros de salud, su capacidad para influir significativamente en la opinión pública y su susceptibilidad a factores externos difíciles de controlar por parte de los proveedores, se realizan encuestas mucho menos frecuentemente en esta área.

2 Objetivos

Estudiar la percepción de satisfacción de los pacientes y sus familiares en relación con la atención sanitaria brindada por los celadores y otros profesionales de la salud en los servicios de urgencias.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, se hicieron uso de diversas herramientas, entre las cuales se destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. La búsqueda se realizó utilizando términos MESH como "watchman"; "surveys"; "satisfaction" y "emergencies". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

Un estudio revela que la mayoría de los 320 participantes que participaron en las encuestas (equivalente al 84.6%) manifestaron estar globalmente satisfechos con su experiencia en atención sanitaria de urgencia. Este grupo se divide en 95 personas que estaban satisfechas y 225 que estaban completamente satisfechas.

En cuanto a la satisfacción por género, el 87.8% de los hombres se sintieron satisfechos en comparación con el 81.2% de las mujeres, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Los participantes mayores, especialmente aquellos mayores de 75 años, refirieron un nivel de satisfacción del 100%, mientras que los más jóvenes, en el rango de edad de 14 a 24 años, tenían una tasa de satisfacción del 76.92%.

Además, los participantes con niveles de educación más bajos y los jubilados y amas de casa mostraron un alto grado de satisfacción, con más del 90% en ambos grupos. Aquellos en triajes de nivel 1 y 2 también experimentaron altos niveles de satisfacción, con un 95.7% y un 93.3% respectivamente, en comparación con el 80% en los de menor gravedad.

La mayoría de los participantes, específicamente 282 pacientes (equivalente al 75.4%), consideraron que la espera hasta el triaje fue corta o muy corta. Similarmente, 185 personas (49.1%) sintieron que el tiempo desde el triaje hasta la primera consulta fue breve. En cuanto al tiempo desde la primera consulta hasta el alta de urgencias, 251 personas (67.3%) lo consideraron corto o muy corto. En lo que respecta al tiempo que el médico dedicó a cada paciente durante la consulta, el 83% de los entrevistados (313 personas) expresaron satisfacción al respecto.

En términos de tiempo real de espera, la mediana fue de 4 minutos hasta el triaje, 36 minutos desde el triaje hasta la primera consulta, 77 minutos desde la primera consulta hasta el alta, y un total de 151 minutos. Además, 319 participantes (equivalente al 84.4%) expresaron confianza en la atención médica recibida.

La mayoría de los participantes consideraron que el personal médico, de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores estaban suficientemente preparados, con porcentajes que oscilaron entre el 88.6% y el 92.3%.

5 Discusión-Conclusión

La alta satisfacción de los pacientes con los celadores en los servicios de urgencias pone de manifiesto la relevancia de estos profesionales dentro del sistema de atención sanitaria, subrayando la necesidad de mantener elevados niveles de formación y competencia en este ámbito. Esta alta satisfacción aporta un valioso aporte a la percepción positiva que los pacientes tienen durante situaciones de emergencia médica, subrayando la vital importancia de reconocer y respaldar la labor esencial de los trabajadores de la salud que cumplen la función de celadores. Estos profesionales desempeñan un rol crucial en la atención hospitalaria. La satisfacción de los pacientes con estos profesionales no solo demuestra su competencia, sino que también contribuye a generar confianza en el proceso de atención

sanitaria en su conjunto.

6 Bibliografía

1. González-Bernal, J. J., Sánchez-García, I., García-Alonso, C., & Villarreal-González, P. (2017). Estudio sobre la satisfacción de los pacientes en los servicios de urgencias.
2. Ruiz Romero, V., Fajardo Molina, J., García-Garmendia, J. L., Cruz Villalón, F., Rodríguez Ortiz, R., & Varela Ruiz, F. J. (2011). Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(2), 111–122. doi:10.1016/j.cali.2010.11.008

Capítulo 674

COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

MARÍA CELIBERTI RIBERA

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una sección específica del hospital o del centro de atención médica que se responsabiliza de la atención de los pacientes con problemas de salud potencialmente mortales. Se trata de pacientes con pronóstico grave o con un alto riesgo de presentar complicaciones médicas que necesitan de monitorización continua, de vigilancia y de tratamiento específico constante. La UCI es un servicio de alta complejidad que tiene como fin el brindar un cuidado integral a personas en condiciones críticas de salud.

La Unidad de Cuidados Intensivos supone un área polivalente de acceso restringido destinado a proporcionar a estos pacientes una asistencia intensiva e integral durante las 24 horas del día, y dónde resulta primordial la coordinación de todos los recursos existentes.

En la Unidad de Cuidados Intensivos trabaja el celador junto con otros profesionales: médicos especialistas en medicina intensiva, personal de enfermería (uno por cada dos o tres pacientes), técnicos auxiliares de enfermería (uno por cada tres a seis pacientes), así como otros profesionales que atiende de forma continuada a los pacientes.

Entre el equipamiento que dispone la Unidad de Cuidados Intensivos, resaltar:

- Monitores de signos vitales.
- Ventiladores mecánicos, que pueda ayudar a respirar al enfermo al proporcionarle oxígeno.
- Bombas de infusión para la administración de la medicación, mantener la hidratación y nutrición del paciente.
- Desfibriladores (equipos que se utilizan para restablecer el ritmo cardiaco normal en los pacientes que pueden presentar arritmias cardíacas graves).
- Bombas de nutrición enteral (son equipos que suministran nutrición directamente al sistema gastrointestinal del enfermo).
- Monitores de presión intracraneal (equipos que pueden medir la presión dentro del cráneo del enfermo).
- Electrocardiógrafos (miden la actividad eléctrica del corazón).
- Sistemas de hemodiálisis (para el paciente con insuficiencia renal que pueda necesitarla).

2 Objetivos

- Describir las competencias y actuaciones del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Comprender las características del trabajo que realiza un celador en la Unidad de Cuidados Intensivos, su importancia, y la necesidad de que realice sus funciones en sintonía con el resto de profesionales de la misma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador de la Unidad de Cuidados Intensivos ejerce una función específica de refuerzo personal de la unidad y puede servir de nexo de unión con otras unidades y servicios del hospital.

Son competencias del celador de la Unidad de Cuidados Intensivos:

- Acompañar al enfermo al box o habitación designado.
- Ayudar a las enfermeras y a las auxiliares de enfermería en la higiene del enfermo.
- Será el encargado de afeitar a los enfermos en aquellas zonas corporales en las que se realice una intervención.
- Si es necesario realizar al paciente alguna prueba, el celador lo trasladará en cama al servicio específico, irá siempre acompañado por el personal de enfermería.
- Ayudar en la movilización de los pacientes que puedan requerirlos. Resulta relevante la ayuda para los cambios posturales del paciente para evitar la posible aparición de úlceras. Si es necesario utilizará la grúa para dicha movilización. El celador debe estar formado específicamente en la ayuda a la movilización de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- El traslado de los equipamientos, de los aparatos y del material por la unidad cuando sea necesario.
- La manipulación segura de los aparatos, de los equipamientos y de los productos; con el respeto de la normativa vigente en materia de seguridad y salud laboral.
- Retirará de los almacenes el material específico de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Traslada a las unidades correspondientes los residuos y desechos.
- El traslado de las comunicaciones orales o los escritos a los diferentes servicios.
- La ayuda al personal sanitario en los procesos de amortajamiento a los fallecidos.
- El traslado al mortuorio de los pacientes fallecidos con respeto y discreción.
- El celador será el encargado de controlar la entrada y salida de los visitantes y familiares a la hora de visita y asegurar que utilicen la vestimenta adecuada (bata desechable, calzas, gorro, ... Controlará, así mismo, la hora de salida de los visitantes y familiares.

5 Discusión-Conclusión

El celador realiza una función de refuerzo personal en la Unidad de Cuidados Intensivos, necesita de una preparación y formación específica para el ejercicio de sus funciones y competencias y requiere de una contrastada experiencia profesional y un conocimiento profundo de las técnicas de movilización de pacientes, ya que suele ser un procedimiento que se realiza con asiduidad.

El celador de la Unidad de Cuidados Intensivos debe ser consciente de la posible desorientación del paciente de la misma; rodeado de equipos y procesos de enfer-

medad complejos, aislado temporalmente de su grupo familiar, quedando bajo el cuidado de personal desconocido para él.

Se destaca la necesidad de que el celador reflexione acerca de las necesidades emocionales, sensitivas y de confort que puede experimentar el enfermo. Debe realizar sus tareas siendo conscientes de las necesidades emocionales del enfermo, mostrándose empático y afectivo con los pacientes y sus familias.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la Unidad de Cuidados Intensivos. [En línea]. España: 2021. Grupo Recoletas-Medicina General. [fecha de acceso 2 de septiembre de 2023]. URL disponible en <https://www.gruporecoletas.com/noticias/que-es-la-uci-hospital/>.
2. Fernández Piecho R.A., González Novoa J.G., Méndez Blanco S. Celadores en la Unidad de Cuidados Intensivos. [En línea]. España: 2021. II Congreso Virtual SICEPA – USIPA -Sanidad, un trabajo en equipo. [fecha de acceso 3 de septiembre de 2023]. URL disponible en <https://congresosicepa.com/celadores-cuidados-intensivos/>
3. Mato Amaya M.J., Cisneros González M.. El celador en la UCI. Revista Ocronos Vol. IV nº 4-Abril 2021.146.
- 4.- Muhammad Al-Luch M.,Huertas Molina J., Méndez Delgado M.C., Amar Mohamed S., Al-Luch Mohatar I., Ismael Mohamed H. El celador en la unidad de cuidados intensivos. [En línea]. España: 2022. Revista Sanitaria de Investigación. [fecha de acceso 2 de septiembre de 2023]. URL disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>.
5. Mohamed Faraji, A., Montero Nieto M.A.,Abdeslam Ahmed D., Abdelkader Bumedi S., Mohamed Laarbi M., Amar Mustafa M.. El celador y sus funciones en la unidad de cuidados intensivos. [En línea]. España: 2022. Revista Sanitaria de Investigación. [fecha de acceso 2 de septiembre de 2023]. URL disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-sus-funciones-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
6. Salazar Cuevas M.T., Abdel-Iah García S., Hamdaoui Sais L., Abdel-Iah García D.. El celador en la Unidad de Cuidados Intensivos . Revista Ocronos Vol. V nº 5-Mayo 2022.9.

Capítulo 675

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA LOS ELECTRICISTAS

DAVID NAVARRO SAN JULIAN

ADRIAN GONZALEZ LASSO

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales para los electricistas es de suma importancia debido al gran peligro que supone la exposición a la corriente eléctrica. Ya sea que esta exposición sea directa o indirecta, puede tener graves consecuencias para la salud del trabajador; causando de todo, desde quemaduras hasta la muerte instantánea. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales exige que todas las empresas que emplean electricistas incluyan en sus políticas todos los riesgos asociados con descargas eléctricas y las medidas necesarias para prevenirlos.

Los electricistas autónomos no están obligados legalmente a tener un modelo preventivo, pero sí deben ser conscientes de los riesgos asociados a su trabajo y tomar las medidas adecuadas para evitar accidentes. El principal riesgo asociado a la electricidad se llama fallo eléctrico. Significa estar conmocionado o asustado; no importa el daño que nos cause. Esto puede suceder por contacto directo (alguien toca cualquier electrodoméstico, máquina, enchufe, etc.) o por contacto indirecto (tocar algo que accidentalmente se enciende).

Existen equipos de protección personal para proteger contra riesgos eléctricos, que implican principalmente aumentar la resistencia al flujo de electricidad en la

parte del cuerpo humano donde se encuentra, utilizando piezas u objetos de material aislante. Los equipos de protección individual (EPI) utilizados para proteger contra riesgos eléctricos deben tener el marcado CE, como todos los demás EPI destinados a proteger contra otros peligros, pero también deben estar fabricados especialmente para proteger contra estos peligros eléctricos. A continuación se detalla el equipo de protección personal básico contra descargas eléctricas.

2 Objetivos

El propósito del trabajo es explicar los peligros asociados a la electricidad y sugerir algunas acciones preventivas para la exposición directa e indirecta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como mencionamos anteriormente, los riesgos pueden ser directos e indirectos: El contacto directo tiene los siguientes efectos:

Quemaduras por arco o quemaduras por contacto. Efectos sobre los músculos: por ejemplo, espasmos, espasmos musculares o tétanos musculares (movimientos musculares incontrolados provocados por la corriente eléctrica). Fibrilación ventricular: el corazón deja de enviar sangre a otros órganos y no funciona a un ritmo normal. Esta es la principal causa de muerte por descarga eléctrica. Apnea o asfixia: La corriente eléctrica impide que los músculos pulmonares se contraigan, imposibilitando la respiración.

Efectos secundarios a corto plazo: congestión nasal, problemas de movimiento o circulación y problemas renales. Consecuencias tardías tras el accidente: suelen tener un carácter neurótico o se manifiestan por trastornos mentales.

El contacto indirecto con la electricidad puede provocar los siguientes efectos nocivos:

Caída: Debido al shock, el paciente tiende a saltar y puede caer. Impacto sobre objetos: los objetos que caen provocan un contacto indirecto o caen.

El corte se produce por la pérdida de control sobre el objeto o herramienta utilizada. Se puede evitar el contacto directo con la electricidad siguiendo estas tres reglas:

Aislar las partes activas del interior de la instalación, es decir colocarlas a una distancia adecuada para evitar contactos no deseados. Proporcionar obstrucciones, barreras o escudos: El propósito es evitar el contacto accidental con las partes activas. Deben estar sujetos de forma segura y ser capaces de soportar las tensiones mecánicas inherentes a su función. Si son metales se deben considerar conductores y evitar el contacto. Apantallamiento de las partes activas: instalar material aislante adecuado para mantener sus propiedades en el tiempo y limitar la carga en los contactos a menos de un miliamperio.

Precauciones de contacto indirecto

Las medidas para evitar el contacto indirecto con la electricidad incluyen principalmente un buen aislamiento. Y algunas medidas de seguridad adicionales incluyen:

Separación de circuitos: utilizar un transformador y un convertidor para aislar todos los cables de tierra. Utilizar voltaje seguro. Utilizar bajo voltaje para determinar si existe un riesgo eléctrico. Sistema de doble aislamiento: utilizar materiales con mejores propiedades aislantes y protectoras. Evitar el acceso simultáneo a elementos conductores y bloques, es decir, el contacto involuntario con ambos elementos al mismo tiempo. Ecualización de potencial: Conectar todas las bases para evitar sobrecargas. Instalar un interruptor diferencial: es decir, un dispositivo de seguridad obligatorio para interrumpir el circuito. Lo que solemos llamar "perspectiva".

Medidas de protección individuales y colectivas.

Como cualquier otro tipo de riesgo, además de las medidas de protección colectiva (recordemos que es una prioridad según la ley de prevención de riesgos laborales) existen salvaguardas. Los individuos utilizan EPI, por lo que los riesgos para la salud y la seguridad de los trabajadores no se limitan a medidas colectivas. En caso de riesgo de descarga eléctrica, no todas las personas que se encuentren en una habitación o lugar de trabajo equipado con un sistema eléctrico, después de haber discutido diversas medidas de protección colectiva, no deben utilizar equipos de protección domésticos individuales. En primer lugar, es bastante eficiente porque sólo personal capacitado realiza operaciones específicas, funciones de instalación y mantenimiento de equipos eléctricos.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar quemaduras eléctricas, es sumamente importante establecer procedimientos y medidas de seguridad a seguir antes de trabajar con electricidad.

Por otro lado, contar con el equipo adecuado y seguro es muy importante. También es necesario establecer medidas preventivas para evitar el contacto directo e indirecto.

Por ello, como parte de la prevención de riesgos laborales de los electricistas, estas medidas tienen como objetivo evitar el contacto accidental o intencionado de los profesionales con fuentes de corriente eléctrica.

6 Bibliografía

1. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2m5QcbaxiA8C&oi=fnd&pg=PA11&dq=prevencion+de+riesgos+laborales+para+electricistas&ots=iTmFXF8Dgr&sig=qVuJlmx1bvbryV0FQjmv_J8a3nc#v=onepage&q=prevencion%20de%20riesgos%20laborales%20para%20electricistas&f=false.

2. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36555194/tesis_unir1-libre.pdf?1423341098=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHigiene_Industrial.pdf&Expires=1694625089&Signature=FpLjFm8SSm7CpcGQdMMt-MM9VT7UEhcIUyd-nX4O9dhuYdS35nUDK9qvRfY9IovSY36pzxpIMb6zB930jFLMVQsjgaVhvi3b-ZnvUicckYWRdb8uuiHSKnbn1NjeweiLOey5OnzmGaBH8i1zKzbyV6gnv953cCGtkeAEjtxBURDc-Rg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.

Capítulo 676

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: SEGURIDAD EN LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS DE LOS DATOS, CONCEPTOS RELACIONADOS

EVA MUÑOZ ESPIN

1 Introducción

Cualquier sistema informático debe cumplir con los principios básicos de disponibilidad, integridad y confidencialidad para garantizar tanto su seguridad como la de los datos que almacena. Estos tres principios de la seguridad se conocen como The big three CIA.

El cumplimiento de estos tres principios garantiza la seguridad de los datos desde distintas perspectivas: la confidencialidad asegura que solo podrán acceder a la información las personas con los permisos requeridos; la integridad garantiza que esos datos deben cumplir una serie de reglas, previamente definidas, para ser coherentes en todo momento y, finalmente, la disponibilidad fija que los datos estarán disponibles en todo momento para las personas interesadas. Veamos ahora más detalladamente que se esconde detrás de estos tres conceptos.

La seguridad en cualquier sistema de bases de datos se podrá validar en el momento en que los datos se vean sometidos a alguna de estas amenazas: pérdida de confidencialidad o de la privacidad, fraude y manipulación de los datos, robos de archivos, ataques cibernéticos, errores en la seguridad de los servidores, etc.

Estas amenazas se clasifican en accidentales, cuando no hay mala intención por parte de quien comete el error, o intencionadas, cuando de manera deliberada se busca el acceso a datos de terceros con el objetivo de hacer un uso malintencionado de ellos.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunos conceptos esenciales acerca de la protección de los datos con los que trata auxiliar administrativo en sanidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, PubMed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

1. Principio de integridad:

La integridad exige la garantía de que los datos no han sido alterados y ofrece la seguridad de que, una vez gestionados (con altas, bajas, modificaciones, consultas, etc.), continuarán ofreciendo ese estado de integridad y de consistencia en que sus relaciones y vínculos seguirán siendo válidos y ciertos. El objetivo de este principio es proteger la base de datos de cualquier operación que introduzca inconsistencias en los datos. El subsistema de integridad de un SGBD debe ser capaz de detectar y, si es posible, corregir las operaciones incorrectas.

Dentro de este principio se puede hablar de tres tipos o categorías:

- Integridad de entidades. No permite los valores nulos en las claves primarias de las relaciones.
- Integridad referencial. Se encarga de validar la concordancia entre los valores de una clave foránea o externa y los de la clave primaria a la que aquella se refiere.
- Integridad semántica. Valida las reglas de negocio del modelo relacional.

2. Principio de disponibilidad:

Este principio señala que los datos deben ser accesibles y los servicios estar operativos aún cuando se produzca algún tipo de problema: un corte en el suministro eléctrico, un ataque al servidor o cualquier otro accidente fortuito o provocado. Las soluciones a los problemas de no-disponibilidad, que son mayoritariamente físicas, pasan por:

- Implementar sistemas de balanceo de la carga que eviten que la red se colapse.
- Utilizar sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI) para evitar los problemas de suministro eléctrico en la red.
- Definir planes de recuperación y contingencia que permitan recuperar su funcionalidad en el más corto periodo de tiempo posible y que pasan por crear copias de seguridad, replicar las bases de datos, etc.

3. Principio de confidencialidad:

El principio de confidencialidad garantiza que el acceso a los datos y a las comunicaciones está protegido ante personas no autorizadas. Este es un principio fundamental en el caso de los datos personales y crítico en el de los datos bancarios. Los mecanismos de seguridad del SGBD deben tener implementadas las formas de restringir el acceso, en lo que se conoce como control de acceso. Al respecto de este control hay que diferenciar entre:

- Control de acceso global. Pasa por la creación de usuarios que se han de autenticar cada vez que quieren entrar al sistema. Este supervisa las operaciones que lleva a cabo el usuario una vez dentro del sistema.
- Control de acceso discrecional. Los usuarios acceden con una identificación que les permite gestionar solo algunos datos y llevar a cabo ciertas operaciones.
- Control de acceso obligado. Se trata de un control más avanzado que utiliza un sistema de seguridad multinivel, que da a cada usuario y objeto un nivel de seguridad. Se utiliza, por ejemplo, en sistemas informáticos militares.

5 Discusión-Conclusión

Los principios y normas relativos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos de carácter personal deben (cualquiera que sea su nacionalidad o residencia) respetar sus libertades y derechos fundamentales, en particular el derecho a la protección de los datos de carácter personal. Como auxiliares administrativos tratamos con datos acerca de la salud de los pacientes que son información altamente sensible que debemos proteger, por ello es esencial que conozcamos todo absolutamente en materia de protección de los mismos. De ahí la razón de realizar esta revisión donde hemos visto los conceptos

de integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información.

6 Bibliografía

1. principios de la protección de datos - <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/principios-generales/>.
2. principios relativos al tratamiento de datos - <https://www.aepd.es/es/preguntas-frecuentes/2-rgpd/3-principios-relativos-al-tratamiento/FAQ-0207-cuales-son-los-principios-relativos-al-tratamiento-de-datos>.
3. principios protección de datos - <https://ayudaleyprotecciondatos.es/2020/11/19/principios-generales/amp/>.
4. 7 principios RGPD - <https://www.liberties.eu/es/stories/cuales-son-los-7-principios-del-rgpd/44265>.

Capítulo 677

ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LAS BASES DE DATOS SANITARIAS Y PROGRAMAS DEDICADOS A LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

BLANCA ANCUTA PUSCAS

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

CRISTINA RUIZ SORIA

1 Introducción

La administración y gestión de bases de datos sanitarias y programas dedicados a la gestión sanitaria son elementos cruciales en el ámbito de la atención médica moderna. Los administrativos sanitarios desempeñan un papel fundamental en esta tarea al ser responsables de recopilar, organizar y gestionar información relacionada con la salud de los pacientes y los procesos administrativos en entornos hospitalarios.

Esta introducción abordará la importancia de la administración y gestión de bases de datos sanitarias y programas de gestión sanitaria en el trabajo del administrativo sanitario. A lo largo de este trabajo se analizarán en detalle las responsabilidades y consideraciones clave que enfrentan los administrativos en relación con estas herramientas, incluyendo la utilización de sistemas de registro médico electrónico (EHR), la programación de citas médicas, la facturación y la gestión de seguros de salud, y la administración eficiente de recursos hospitalarios utilizando programas de gestión.

También se destacará la importancia de mantener la seguridad de datos y la confidencialidad de la información del paciente, así como la generación de informes para respaldar la toma de decisiones administrativas y clínicas.

En resumen, la administración y gestión de bases de datos sanitarias y programas dedicados a la gestión sanitaria son esenciales para una atención médica eficiente y de calidad. Los administrativos sanitarios desempeñan un rol crucial al utilizar estas herramientas para asegurar que la información de los pacientes se maneje de manera precisa, confidencial y accesible, lo que contribuye significativamente a la eficacia y calidad de los servicios de atención médica.

2 Objetivos

Conocer las funciones del administrativo sanitario en la gestión de las bases de datos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El trabajo del administrativo sanitario desempeña un papel fundamental en la administración y gestión de las bases de datos sanitarias y programas dedicados a la gestión sanitaria en el ámbito de la atención médica. Estas herramientas son esenciales para recopilar, organizar y gestionar la información crítica relacionada con la salud de los pacientes, así como para administrar eficazmente los procesos administrativos en un entorno hospitalario. A continuación, se describen las responsabilidades y consideraciones clave del administrativo sanitario en relación con la administración y gestión de bases de datos sanitarias y programas de gestión sanitaria:

- **Utilización de Sistemas de Registro Médico Electrónico (EHR):** Los administrativos sanitarios utilizan EHR para ingresar, actualizar y acceder a la información de los pacientes de manera electrónica. Esto incluye datos personales,

antecedentes médicos, diagnósticos, tratamientos y otros registros relevantes.

- **Gestión de Citas y Programación:** Utilizan programas dedicados a la gestión sanitaria para programar citas médicas y de procedimientos de acuerdo con la disponibilidad de médicos y recursos hospitalarios.
- **Facturación y Seguros de Salud:** Gestionan la facturación médica y procesan las reclamaciones de seguros de salud utilizando sistemas de gestión financiera y de seguros.
- **Administración de Recursos:** Utilizan programas de gestión para administrar recursos hospitalarios, como camas, quirófanos y equipos médicos, con el objetivo de una utilización eficiente.
- **Seguridad de Datos:** Garantizan que la información del paciente y otros datos sensibles estén protegidos contra amenazas cibernéticas y cumplan con las regulaciones de privacidad de datos de salud.
- **Generación de Informes:** Utilizan programas de gestión sanitaria para generar informes y análisis a partir de los datos almacenados, respaldando así la toma de decisiones administrativas y clínicas.
- **Actualización y Mantenimiento:** Aseguran que los programas de gestión y las bases de datos sanitarias se mantengan actualizados y funcionen sin problemas.
- **Capacitación y Actualización Tecnológica:** Mantienen sus habilidades actualizadas en el uso de programas y sistemas tecnológicos relacionados con la gestión sanitaria.
- **Colaboración Interdepartamental:** Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que la información se utilice eficazmente en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- **Cumplimiento Normativo:** Es fundamental cumplir con las regulaciones y políticas relacionadas con la gestión de datos sanitarios y la privacidad de la información del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la administración y gestión de bases de datos sanitarias y programas dedicados a la gestión sanitaria son componentes esenciales del trabajo del administrativo sanitario en el campo de la atención médica.

En resumen, la administración y gestión de bases de datos sanitarias y programas dedicados a la gestión sanitaria son esenciales para optimizar la atención médica moderna. Los administrativos sanitarios desempeñan un papel vital al utilizar estas herramientas para garantizar que la información de los pacientes se maneje

de manera eficiente, precisa y segura, contribuyendo así a la eficacia y calidad de los servicios de atención médica y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Rogers B, Kono K, Palucci MH, Peurala M, Radford J, Staun J. International survey of Occupational Health Nurses' roles in multidisciplinary teamwork in occupational health services. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (7): 274-281.
2. Lallo D, Demou E, Stevenson M, Gaffney M, Beaton E. Comparison of competency Priorities between UK occupational physicians and occupational health nurses. *Occup Environ Med* 2017; 0: 1-3.
3. Harber P, Alongi G, Su J. Professional activities of experienced Occupational Health Nurses. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (6): 233-242.
4. Mizuno-Lewis S, Kono K, Lewis DR, Gotoh Y, Hagi N, Sato M, Yoshikawa E, Higashikawa K, Yamazaki M, Naito M, Kondo N. Barriers to continuing education and continuing professional development among Occupational Health Nurses in Japan. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (5): 198-205.
5. González J. Evolución y desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo. Leioa (Bizkaia): Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea; 2017.

Capítulo 678

LA GESTIÓN EN PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES EN EL ÁMBITO SANITARIO SEGÚN EL ADMINISTRATIVO

CRISTINA RUIZ SORIA

BIANCA ANCUTA PUSCAS

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

1 Introducción

La gestión en protección de datos personales y garantía de los derechos digitales en el ámbito sanitario es un tema de gran relevancia en la actualidad debido a la creciente digitalización de la información médica y personal.

La seguridad y privacidad de los datos de los pacientes son fundamentales para mantener la confianza en el sistema de atención médica y garantizar el cumplimiento de las regulaciones de protección de datos.

En este trabajo, exploraremos la importancia de esta gestión en el ámbito sanitario y el papel esencial que desempeñan los administrativos en la protección de datos y el respeto de los derechos digitales de los pacientes. Abordaremos cómo la seguridad de los datos y la garantía de derechos son fundamentales para brindar una atención médica de calidad y mantener la confidencialidad de la información

de los pacientes y analizaremos las responsabilidades específicas de los administrativos sanitarios en relación con la protección de datos y la promoción de los derechos digitales de los pacientes. También se destacarán las regulaciones clave, como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en la Unión Europea, que rigen esta área y requieren un enfoque proactivo en la gestión de datos personales en el ámbito sanitario.

El objetivo principal es subrayar la importancia de esta gestión en el ámbito de la salud y destacar cómo la colaboración de los administrativos es esencial para garantizar la seguridad, la privacidad y el cumplimiento de los derechos digitales de los pacientes en un entorno médico cada vez más digitalizado.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales cuidados frente a la protección de datos en el ámbito sanitario.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con los administrativos y los datos confidenciales.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y agosto de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“confidentiality” OR confidentiality) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La gestión en protección de datos personales y garantía de los derechos digitales en el ámbito sanitario es de suma importancia debido a la sensibilidad de la información médica y personal que se maneja en este sector.

Los administrativos sanitarios desempeñan un papel crucial en esta gestión, ya que están involucrados en la recopilación, el procesamiento y la seguridad de datos de pacientes y usuarios de los servicios de salud.

A continuación, se describen las responsabilidades y consideraciones clave de los administrativos en este contexto:

1. **Cumplimiento de Normativas:** Los administrativos deben estar familiarizados con las leyes y regulaciones específicas de protección de datos en el ámbito sanitario, como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en la Unión Europea. Deben asegurarse de que todas las actividades relacionadas con datos personales cumplan con estas regulaciones.
2. **Confidencialidad:** Garantizar la confidencialidad de la información médica y personal es esencial. Esto incluye la restricción del acceso a datos sensibles solo a personal autorizado y la implementación de protocolos de seguridad de datos.
3. **Consentimiento Informado:** Ayudar en la obtención del consentimiento informado de los pacientes para el procesamiento de sus datos, explicando claramente cómo se utilizarán y compartirán sus datos médicos y personales.
4. **Registro y Documentación:** Llevar un registro preciso y detallado de todas las actividades relacionadas con datos personales, incluyendo el acceso, la modificación y la eliminación de datos.
5. **Seguridad de Datos:** Colaborar en la implementación de medidas de seguridad de datos, como sistemas de cifrado, contraseñas seguras y protección contra accesos no autorizados.
6. **Notificación de Brechas de Datos:** Estar preparado para notificar de inmediato cualquier violación de seguridad de datos al personal y a las autoridades correspondientes, según lo exijan las regulaciones aplicables.
7. **Capacitación y Concienciación:** Participar en programas de capacitación y concienciación para todo el personal sobre la importancia de la protección de datos y las mejores prácticas en su manejo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión en protección de datos personales y garantía de los derechos digitales en el ámbito sanitario es esencial para asegurar la seguridad, la privacidad y el cumplimiento de regulaciones en la atención médica digitalizada de hoy en día.

La gestión adecuada de datos personales es fundamental para garantizar la privacidad de los pacientes y mantener su confianza en el sistema de atención médica.

Las regulaciones de protección de datos, como el GDPR en la Unión Europea, imponen responsabilidades significativas en cuanto a la gestión de datos en el ámbito sanitario. El cumplimiento de estas regulaciones es fundamental para evitar sanciones y multas.

Los administrativos sanitarios tienen un papel importante en esta gestión al participar en la recopilación, el procesamiento y la seguridad de datos de pacientes. Respetar y garantizar los derechos digitales de los pacientes, como el acceso y la rectificación de sus datos, es esencial para empoderar a los pacientes en la gestión de su información médica.

La colaboración con oficiales de protección de datos (DPO) o profesionales similares es fundamental para asegurar el cumplimiento de regulaciones y buenas prácticas.

6 Bibliografía

1. Remis, José. Pasado y presente del Juramento Hipocrático – Análisis de su vigencia. 2009; 73(2): 139-141
2. Promsex.org, ¿Confidencialidad o justicia? La regulación del deber/derecho al secreto profesional médico en el Perú y sus implicancias en el derecho a la salud. Lima – 2009 [actualizada el 12 de abril del 2010]. Disponible en: <http://www.promsex.org/documentacion/publicaciones.html?start=16>
3. Heitzmann, T. El secreto médico: actitudes y toma de decisiones en la práctica clínica. Madrid 1999
4. Chamorro, J. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (3): 357-366. Pamplona 2006
5. Júdez J, Nicolás P, Delgado M^a T, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: confidencialidad, historia clínica, la información. Med Clin (Barc) 2002; 118 (1): 18-37

Capítulo 679

EL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LA CREACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA SANITARIA

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

CRISTINA RUIZ SORIA

BLANCA ANCUTA PUSCAS

1 Introducción

La creación y administración de la historia clínica sanitaria es un componente esencial en la prestación de atención médica de calidad. Esta documentación médica es un registro completo y detallado de la salud de un paciente a lo largo del tiempo y es fundamental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento médico. Los administrativos sanitarios desempeñan un papel fundamental en la recopilación, organización y mantenimiento de esta información médica crítica. En esta introducción, exploraremos el papel crucial que desempeñan los administrativos sanitarios en la creación y administración de la historia clínica sanitaria. A lo largo de este trabajo, analizaremos en detalle sus responsabilidades y consideraciones clave en este proceso, incluyendo la recopilación precisa de información del paciente, la confidencialidad de los datos de salud, la organización y actualización de registros médicos, y la colaboración con el personal clínico. También abordaremos la importancia de utilizar sistemas de registro médico electrónicos y mantenerse al día con las regulaciones de privacidad de datos de salud.

En resumen, la gestión de la historia clínica sanitaria es fundamental para la atención médica de calidad, y los administrativos sanitarios desempeñan un papel esencial al garantizar que esta información se mantenga precisa, confidencial y disponible cuando se necesita.

2 Objetivos

Conocer las funciones del administrativo sanitario en la creación y administración de la historia clínica sanitaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y agosto de 2023. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“health history” OR “medical health history”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La creación y administración de la historia clínica sanitaria es una tarea fundamental en cualquier establecimiento de atención médica. Los administrativos sanitarios desempeñan un papel esencial en esta área al colaborar en la recopilación, organización y mantenimiento de la información médica de los pacientes. A continuación, se describen las responsabilidades y consideraciones clave del administrativo sanitario en la creación y administración de la historia clínica sanitaria:

- **Recopilación de Información:** El administrativo es responsable de recopilar información detallada del paciente, que incluye datos personales, antecedentes médicos, historial de enfermedades y tratamientos previos, alergias, medicamentos actuales y otros detalles relevantes.
- **Registro Preciso:** Deben registrar de manera precisa y completa la información proporcionada por el paciente y el personal médico en la historia clínica electrónica o en el expediente físico del paciente.

- **Confidencialidad:** Garantizan que la información contenida en la historia clínica se mantenga en estricta confidencialidad y cumpla con las regulaciones de privacidad de datos de salud.
- **Organización y Almacenamiento:** Administran el almacenamiento y la organización adecuada de los registros médicos, asegurándose de que estén disponibles para el personal clínico cuando sea necesario.
- **Actualización Continua:** Mantienen la historia clínica actualizada con la información más reciente sobre el estado de salud del paciente, incluyendo resultados de pruebas médicas, diagnósticos y tratamientos.
- **Acceso Controlado:** Controlan el acceso a la historia clínica, asegurando que solo el personal autorizado tenga acceso a la información del paciente.
- **Coordinación con el Personal Clínico:** Colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que la información médica sea precisa y esté disponible cuando se necesite.
- **Registro de Comunicaciones:** Registran las comunicaciones relevantes con el paciente, como citas médicas, consultas telefónicas, preguntas y preocupaciones, para mantener un registro completo de la interacción médico-paciente.
- **Gestión de Consentimientos:** Coordinan la obtención de consentimientos informados del paciente para procedimientos médicos y la liberación de información médica a terceros.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la creación y administración de la historia clínica sanitaria es una tarea esencial en la atención médica de calidad, y los administrativos sanitarios juegan un papel fundamental en este proceso.

Los administrativos sanitarios desempeñan un papel esencial en la gestión de la historia clínica sanitaria, lo que contribuye a una atención médica de calidad y a la preservación de la confidencialidad de la información de los pacientes. Su compromiso con la precisión, la confidencialidad y la colaboración con el personal clínico es esencial para el funcionamiento exitoso de cualquier establecimiento de atención médica.

6 Bibliografía

1. Sequeira L, Almilaji K, Strudwick G, Jankowicz D, Tajirian T. EHR "SWAT" teams: a physician engagement initiative to improve Electronic Health Record

(EHR) experiences and mitigate possible causes of EHR-related burnout. *JAMIA Open*. 2021 Apr 19;4(2).

2. Revoredo Iparraguirre, J.F., Cavalcanti Oscátegui, J. Una experiencia de implementación del registro médico electrónico en Perú. *Rev. Panam Salud Pública*. 2014; 35(5/6):365–70.

3. Zandieh SO, Yoon-Flannery K, Kuperman GJ, Langsam DJ, Hyman D, Kaushal R. Challenges to EHR implementation in electronic- versus paper-based office practices. *J Gen Intern Med*. 2008 Jun;23(6):755-61. doi: 10.1007/s11606-008-0573-5. Epub 2008 Mar 28. PMID: 18369679; PMCID: PMC2517887.

4. Kruse CS, Kothman K, Anerobi K, Abanaka L. Adoption Factors of the Electronic Health Record: A Systematic Review. *JMIR Med Inform*. 2016 Jun 1; 4(2):e19.

5. Ghazisaeidi M, Ahmadi M, Sadoughi F, Safdari R. A roadmap to pre-implementation of electronic health record: the key step to success. *Acta Inform Med*. 2014 Apr; 22(2):133-8.

Capítulo 680

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: ACCIDENTE BIOLÓGICO DURANTE EL DESBARASE

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

1 Introducción

No es muy habitual que un pinche de cocina hospitalaria sufra un accidente biológico por punción, ya sea por una aguja o por una lanceta para punción capilar. Pero el número de veces que ocurre en los hospitales de España, es lo suficientemente preocupante, como para darse cuenta de que muchos sanitarios por prisas, presión, falta de profesionales u otro tipo de causa, olvidan elementos utilizados para la toma de muestras en la bandeja de alimentación de un paciente. Es decir, no desecha en el contenedor adecuado esos elementos punzantes, el auxiliar de enfermería recoge la bandeja, se la da al pinche para meterla en el carro que llevará a la cocina y, en la fase de desbarase, para introducir todo en el tren de lavado, puede llegar a clavarse, por accidente dicho elemento.

Esa acción puede perjudicar gravemente la salud del trabajador, ya que puede contagiarse de algún tipo de enfermedad que padezca el paciente al que se le han extraído los fluidos.

En encuestas realizadas en 2020 a 150 trabajadores hospitalarios (documento en la bibliografía añadido), el 20,66% de ellos, asegura haber sufrido una punción accidental, en algún momento de su etapa laboral, habiendo tenido que ser atendido por el equipo médico, para comprobar posibles contagios.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende dar a conocer qué trabajadores no sanitarios, como pueden ser los de la categoría de Pinche de Cocina, que por su labor no están en contacto con elementos punzantes con los que se han extraído muestras a pacientes, pueden sufrir un accidente biológico en una de las fases de su jornada laboral diaria.

3 Metodología

Para el siguiente documento, se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar, en bases de datos como por ejemplo SCielo y PubMed. Se han extraído los datos mas relevantes, desechando los menos importantes y se ha llegado a la exposición de este capítulo.

4 Resultados

La punción accidental en un trabajador sanitario es mucho más habitual que en trabajadores que tratan indirectamente con los pacientes o con aquellos empleados, en los que hay un sanitario interactuando entre el paciente y el trabajador. Cuando un pinche de cocina se ocupa de la recogida de las bandejas individuales de las dietas de los pacientes en planta hospitalaria, el auxiliar de enfermería o el celador entran a la habitación, sacan la bandeja y se la dan al pinche.

Puede ocurrir, que un sanitario, haya realizado una prueba de extracción de fluidos al enfermo, deje el elemento punzante utilizado en la bandeja, para posteriormente desecharlo y bien, o se le olvida retirarlo, o si otro compañero recoge la bandeja sin percatarse, acaba en las manos del pinche de cocina, que cuando llega al tren de lavado y procede al desbarase, puede llegar a sufrir una punción accidental con dicho elemento.

El pinche en todo momento llevará guantes desechables de nitrilo, pero puede llegar a pincharse igualmente.

Una vez ocurrido, debe informar a su superior inmediato y este debe abrir con celeridad el protocolo de Accidentes Biológicos (AB).

En primer lugar, se procederá a la extracción del elemento punzante, se lavará la herida con agua corriente o suelo fisiológico durante 2 o 3 minutos. Nunca se deberá frotar la herida.

Se desinfectará la herida con cualquier antiséptico: providona yodada, gluconato de clorhexidina o cualquier tipo de desinfectante. Nunca debe hacerse con lejía o cualquier producto químico utilizado en la limpieza general.

La herida se tapará con un apósito impermeable.

El trabajador acudirá a un servicio de Urgencias, donde mediante Historia Clínica y en una conversación con él, se anotará el calendario de vacunación a lo largo de su vida y comunicará al médico, si está protegido contra el VIH o si se le han realizado serologías recientes para comparar y comprobar si puede tener alguna enfermedad infecciosa.

Por otro lado, su superior debe acudir a la planta de donde procede la aguja y averiguar quién ha sido la persona que ha provocado el accidente, en qué paciente se ha utilizado el objeto punzante y la enfermedad que padece, para ayudar al médico en sus analíticas al trabajador.

El accidentado será informado de las enfermedades que pueda contraer por lo ocurrido y firmará el "Consentimiento Informado de Analítica Protocolo AB"

Se le realizarán las pruebas y análisis pertinentes para saber si ha sido inoculado con algún tipo de fluido.

Se informará a Riesgos Laborales, Área Asistencial y a Medicina Preventiva del accidente biológico, de la planta donde ha ocurrido, del responsable del mismo y de las enfermedades del paciente en el que se ha utilizado la aguja o la lanceta para punción capilar.

Se rellenará un parte de Accidente Laboral con las características del mismo, firmado por su superior y se remitirá al servicio de Recursos Humanos del hospital en cuestión.

Una vez recibidos los resultados de las pruebas y según los mismos, el trabajador será tratado con la medicación adecuada para proteger su salud, pudiendo ser ésta, de forma domiciliaria, ambulatoria o en ingreso hospitalario, según decida el médico que le ha atendido.

El médico actuará de oficio en denuncia, pero el paciente también puede hacerlo y debería hacerlo de forma personal.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se habla de accidente biológico en hospitales, pensamos que les ha ocurrido a Médicos, Enfermeros o a cualquier sanitario que por su labor, esté en contacto directo con elementos punzantes, de pruebas realizadas a enfermos.

Pero de forma indirecta, puede ocurrir a un trabajador que esté fuera de cualquiera de estas categorías.

Cuando un trabajador no sanitario sufre este tipo de accidente, suele ser por olvido de la aguja o lanceta de punción capilar en la bandeja de comida, que probablemente haya dejado allí el sanitario, por un momento, para desechar posteriormente, pero no lo hace.

Este hecho es más habitual de lo que pueda parecer y el pinche de cocina, puede sufrir un accidente biológico, teniéndose que abrir el protocolo de AB de inmediato, realizar la limpieza de la herida y acudir al servicio de Urgencias para ser analizado y tratado.

Siempre debe constar documento del accidente, para localizar al responsable del mismo, ya que es un hecho muy grave para la salud de un compañero.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/frecuencia-punciones-personal-hospital/>

"FRECUENCIA DE PUNCIONES EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 Y SU RELACIÓN CON RIESGOS DE TRABAJO"

Medicina Interna, Medicina Laboral, Medicina Preventiva / 17/05/2022

Ocronos. Vol. V. N° 5–Mayo 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°5: 73 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000900002

"Actitud a seguir en el caso de accidente biológico"

Medifam versión impresa ISSN 1131-5768

Medifam vol.12 no.9 oct./nov. 2002

Capítulo 681

EL ROL DEL CELADOR EN LA INCLUSIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDADES FÍSICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

RAÚL MARTÍN GARCÍA

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

En el ámbito sanitario, la inclusión y atención a los pacientes con discapacidades son aspectos fundamentales para brindar una atención de calidad y respetuosa de todos los usuarios del sistema nacional de salud. Los celadores, como parte esencial del equipo médico, desempeñan un papel crucial en este proceso, ya que son los responsables de asistir y acompañar en el día a día a estos pacientes, dentro de las instalaciones hospitalarias. En este trabajo, exploraremos el rol del celador en la inclusión y atención a los pacientes con discapacidades, destacando

la importancia en la promoción de la igualdad de oportunidades y el respeto a la dignidad de todas las personas.

Es de vital importancia que la dirección del centro hospitalario se implique en mejorar y ampliar las instalaciones en el edificio, eliminando las barreras arquitectónicas que dificultan la movilidad de estos pacientes, por ejemplo, construyendo rampas de acceso, eliminando bordillos, haciendo que el acceso a consultas sea amplio, etc. Todo ello se traducirá en que los trabajadores que los movilizan dentro de la institución, en este caso, celadores, puedan realizar su trabajo de una manera más eficaz, para colmar a los pacientes discapacitados de una buena atención, llena de calidad y humanidad.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es destacar la importancia que tiene el papel del celador en la movilización de los pacientes con discapacidades físicas dentro de una institución sanitaria.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha tenido en cuenta la información obtenida a través de diferentes buscadores de internet, consultando base de datos Scielo, varios blogs y artículos referentes al tema a tratar, desechando la información menos relevante.

4 Resultados

Los pacientes discapacitados tienen limitadas algunas de sus capacidades, que pueden mermar sus posibilidades de caminar, de hablar, de escuchar, de ver, e incluso afectar a su capacidad de aprendizaje, o disminución de sus capacidades sensoriales. Estas discapacidades pueden mostrarse de manera diferente en cada paciente, debiendo actuar en su atención de manera personalizada.

El papel del celador en la inclusión y atención de pacientes con discapacidades, es multifacético y abarca diversas áreas. En primer lugar, el celador debe recibir una formación específica, que lo sensibilice sobre las necesidades y derechos de las personas con discapacidad. Esto incluye aprender técnicas adecuadas para comunicarse con pacientes, que tienen dificultades para expresarse verbalmente,

así como brindar asistencia en la movilidad, y el transporte de aquellos pacientes que necesiten un apoyo adicional.

Además de la implicación de la dirección del centro, dotando a la institución sanitaria de todos los sistemas de movilización necesarios, el celador debe desarrollar un papel activo en la promoción de un entorno físico accesible y seguro para todos los pacientes. Esto conlleva asegurarse de que las instalaciones cuenten con rampas, ascensores, y otras adaptaciones que faciliten el desplazamiento de las personas con discapacidades físicas, eliminando barreras arquitectónicas que puedan dificultar su movilidad.

Así mismo, el celador tiene que ser un defensor de la dignidad y el respeto hacia los pacientes con discapacidades, cuidando en todo momento la intimidad del paciente, trabajando para evitar la discriminación y fomentar una atención libre de prejuicios. Es fundamental que se genere un ambiente de confianza y comprensión, donde estos pacientes se sientan cómodos y escuchados, garantizando que sus necesidades sean atendidas con la mayor calidad posible y de manera particular y personalizada a su discapacidad.

5 Discusión-Conclusión

A través de una formación adecuada y una actitud empática, los celadores pueden contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y el bienestar de estas personas dentro del entorno hospitalario.

En conclusión, promover la inclusión y atención a pacientes con discapacidades, es un desafío de la dirección del centro y de todo el personal, tanto sanitario, como personal de gestión y servicios, donde el rol del celador es un componente vital para la consecución del objetivo. La empatía, la sensibilidad y el compromiso son pilares fundamentales que guiarán al celador en su labor, asegurando que cada paciente sea tratado con el respeto y la dignidad que se merece.

6 Bibliografía

- Lectura 1. Funciones de relación con el personal de asistencia sanitaria, familiares y enfermos. Movilización y traslado de enfermos. (juntadeandalucia.es)
- Consejos para la correcta movilización de pacientes - Blog Iberomed
- Scielo.

Capítulo 682

EL CELADOR FRENTE AL CUIDADO Y RESPETO DEL PACIENTE HOSPITALARIO

RAÚL MARTÍN GARCÍA

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

El celador, figura fundamental en el ámbito de la salud, desempeña un papel altamente crucial en el cuidado y bienestar de los pacientes en hospitales y centros médicos, convirtiéndose en una pieza importante en el camino hacia la recuperación del paciente. Su labor va más allá de ser simplemente un asistente o acompañante, ya que su presencia y dedicación tienen un impacto significativo en la experiencia del paciente durante su estancia en el entorno sanitario.

La responsabilidad del celador es amplia y variada. Desde el momento en que un paciente ingresa al centro médico, el celador es quien lo recibe con una sonrisa amable y empática, proporcionando esa primera impresión que puede marcar la diferencia en el ánimo del paciente y sus familiares. Se ha de comprender que, en esos momentos, los pacientes y sus seres próximos están atravesando situaciones

de incertidumbre y preocupación, por lo que este ha de esforzarse por ofrecerles calma y seguridad en cada interacción. Su disposición a escuchar es invaluable, los pacientes a menudo necesitan expresar sus miedos, dudas o inquietudes, y el celador puede brindar apoyo emocional y ofrecer información sobre las instalaciones y procedimientos, con esta acción ayuda a calmar la ansiedad y estrés que conlleva estar en un ambiente hospitalario.

2 Objetivos

El presente trabajo tiene por objeto mostrar cómo ha de comportarse un celador frente al cuidado y respeto del paciente hospitalario, llevando todas sus prácticas hacia el bienestar y recuperación del paciente.

3 Metodología

En la ejecución del presente capítulo se ha tenido en cuenta toda la información obtenida de la búsqueda y lectura en diferentes artículos y webs dedicados al tema a referir. Además se ha consultado bibliografía existente, así como base de datos.

4 Resultados

El celador ha de enfrentarse en su día a día a la atención de pacientes de diversa índole y edad. Debe adaptar su atención al enfermo, haciendo que esta tarea se haga de manera personalizada. No es lo mismo recibir a un niño pequeño, cuyo comportamiento será asustadizo, buscando refugio en sus padres; que recibir a un adulto desorientado. El trabajador ha de tener en cuenta que las personas acuden al centro llenas de vulnerabilidad, incertidumbre y preocupadas por su enfermedad. También ha de enfrentarse al cuidado de personas con movilidad reducida, debiendo buscar los medios de transporte más adecuados, ofrecidos por el centro, intentando ofrecer la mayor calidad de asistencia. En ocasiones, puede llegar al centro una persona agitada, el celador tal vez tenga que solicitar la colaboración del personal de seguridad para reducir a dicho paciente y trasladarlo al área pertinente del hospital.

El celador ha de portar dotes de habilidades sociales, lo que facilitará su tarea en el trato con los pacientes. Desarrollará siempre su actividad desde el mayor respeto y dignidad, por ejemplo, al trasladar al paciente en una silla de ruedas desde la

planta de hospitalización hasta el servicio de rayos, para la realización de pruebas diagnósticas, tapará al enfermo con una sábana o entremetida, preservando su intimidad. Lo acompañará en todo momento, ayudando al paciente en lo que necesite.

El celador en ocasiones se convierte en confidente para paciente y familiares. La escucha con atención y compasión, ofrece en muchos casos palabras de aliento ante situaciones difíciles.

La empatía y la amabilidad del celador no solo afectan a los pacientes, sino también a sus familiares. Estos últimos encuentran en el celador un apoyo emocional, orientándoles en el hospital, y dándoles tranquilidad y comprensión en situaciones en las que puedan sentirse desorientados o abrumados.

5 Discusión-Conclusión

El celador, como figura fundamental en el ámbito de la salud, desempeña un papel altamente crucial en el cuidado y bienestar de los pacientes en hospitales y centros médicos. Su dedicación y empatía tienen un impacto significativo en la experiencia del paciente durante su estancia en el entorno sanitario. Desde el recibimiento con una sonrisa amable y empática hasta el acompañamiento durante traslados y procedimientos médicos, el celador se convierte en una pieza importante en el camino hacia la recuperación del paciente. Su labor personalizada, adaptándose a las necesidades de cada individuo, muestra respeto y dignidad en cada interacción. Además, su rol como confidente y apoyo emocional para pacientes y familiares, refuerza su importancia en el sistema de atención médica, brindando calma y comprensión en momentos difíciles.

6 Bibliografía

- Celador - Hospital Universitario San Cecilio (husc.es)
- Editorial MAD
- PubMed

Capítulo 683

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU LABOR EN LA PREPARACIÓN DE MATERIAS PRIMAS PARA ELABORAR DIETAS

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

1 Introducción

La cocina de un hospital es muy importante, ya que una buena alimentación según la patología del paciente, será una parte esencial en su recuperación.

Hay varios tipos de dietas según la enfermedad del paciente, o debido a que se le va a practicar o se le ha practicado una cirugía. Hay dietas especiales para diabéticos y para celíacos, estas últimas, se elaboran en una cocina aislada, junto con utensilio de cocina utilizados únicamente aquí.

También las hay para personas que no toman alimentos bien por etnia o religión, o por opción, como es el caso de los vegetarianos y los veganos.

El pinche de cocina debe tener claro todos los tipos de dietas y los productos que las componen.

La mayoría de ellas, excepto las que se preparan con fórmulas farmacéuticas en polvo, se elaboran desde materias primas.

Es este tipo de trabajador, el que debe preparar esos productos, con las instrucciones del cocinero, para pasar a la siguiente fase que es la de la elaboración.

Si el pinche no realiza adecuadamente este paso, la elaboración puede salir perjudicada y las dietas de los pacientes pueden perder propiedades nutricionales o atractivo a la vista, algo importante, ya que los pacientes suelen estar inapetentes y de esta forma se les induce a comer.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende definir el trabajo del Pinche de Cocina hospitalaria, en el paso de preparación de la materia prima para la elaboración de las dietas para los pacientes.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica tanto en bases de datos como PubMed o SCielo, y en plataformas de internet como Google. Mediante revisión, se han extraído los datos considerados más importantes, desechando los menos relevantes. Se ha redactado el capítulo que figura en Resultados.

4 Resultados

En la cocina hospitalaria, una vez que llegan las materias primas y productos intermedios y han sido almacenados adecuadamente (las que necesitan frío en cámaras y las que no, en zona de almacenamiento), todo lo necesario para la elaboración de las dietas de ese turno, se pasan del almacén a las distintas salas de preparación.

Es decir, cada producto en su sala de preparación adecuada.

- Sala de Verduras: muchas verduras y tubérculos, ya se comercializan envasados al vacío. En ese caso, el trabajador extraerá los productos de los envases y procederá a su lavado con agua potable y a escurrirlos. También suelen llegar enlatados, por ejemplo, judías verdes, guisantes, acelgas, etc. Y se hace lo mismo: abrir el bote, extraer la materia, lavarla y escurrirla. Después, si fuera necesario,

se troceará según las indicaciones de los cocineros, bien en juliana, en cubos, en trozos pequeños o grandes, etc.

- Sala de Carnes: este tipo de alimento suele llegar también envasado al vacío. El pinche extrae la pieza o piezas del envase y si fuera necesario, lo deshuesa, trocea, lo filetea o lo pica.
- Sala de Pescado: se procede de la misma forma, en cuanto a su extracción del envase. El pescado debe haber permanecido congelado al menos 5 días y a una temperatura inferior a los 20° bajo cero y así evitar el temido anisakis. Se procede al lavado con agua fría potable (las escamas se adhieren a las partes metálicas y para retirarlas de fregaderos, cuchillos, coladores u otro tipo de utensilios, se debe utilizar agua fría). Se retiran y se desechan las partes que no se van a utilizar, las espinas y la piel si fuera el caso, o aquellas que, aún siendo óptimas para la alimentación humana, puedan dar mal aspecto al plato o mal sabor (tripas, aletas, escamas) y se procede a su troceado según la demanda del cocinero: en filetes, en medallones o en rodajas.
- Sala de Varios: aquí se preparan todas aquellas materias primas que no se incluyen dentro de ninguna de las salas anteriores, por ejemplo, se lavan los huevos ya cocidos que vienen en un envase herméticamente cerrado.

Una vez hecho todo esto y siempre tomando estrictas medidas de seguridad e higiene (no introducir alimentos en salas equivocadas, si se va de una sala a otra, retirarse los elementos de protección desechables como calzas, delantales o guantes, lavarse las manos y ponerse otros limpios, etc.), se sirve cada producto en un gastronorm por separado y se lleva a la sala de Elaboración.

5 Discusión-Conclusión

Las materias primas y los productos intermedios son la base en la elaboración de dietas alimentarias.

La manipulación y el trato de las mismas es importantísimo para que el plato, una vez elaborado, tenga todas las garantías de salubridad y nutricionales para el ser humano, además de ser atractiva a los sentidos para invitar a ser degustada.

En una cocina hospitalaria, se preparan dietas para un número muy elevado de pacientes con enfermedades, afecciones, patologías, etc., y una alimentación adecuada, les ayuda en su recuperación.

El Pinche de cocina tiene que ser consciente de todo ello y ser conocedor de la forma de manipular estos productos, siguiendo todas las normas higiénico sanitarias que se le exigen.

6 Bibliografía

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/ManualBuenasPracticasCocinaC.pdf

”Manual de Buenas Prácticas. Cocina”

Osakidetza. Eusko Jaurlaritz. Gobierno Vasco <https://www.uniuso.com/blog/cocina-hospitalaria-normas-higiene-proteccion/>

”Normas de higiene y protección en una cocina hospitalaria”

Uniuso

14 de abril de 2023

Capítulo 684

EL CELADOR EN LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACION Y TRANSPORTE DE PACIENTES

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

RAÚL MARTÍN GARCÍA

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

Las técnicas de movilización de pacientes son procedimientos fundamentales en el ámbito sanitario, diseñados para garantizar el desplazamiento más seguro y cómodo de enfermos con diversas condiciones de salud. El papel del celador en las técnicas de movilización y transporte de pacientes es de una gran importancia dentro del entorno hospitalario y sanitario. Los celadores son profesionales de la salud encargados de asistir a los pacientes en su desplazamiento y traslado dentro de las instalaciones médicas, garantizando su seguridad y bienestar en todo momento, además de preservar su intimidad durante toda su estancia en el hospital.

La movilización y transporte de pacientes puede ser una tarea compleja y delicada, especialmente cuando se trata de personas con movilidad reducida, dis-

capacidades o enfermedades crónicas, todo ello agravado por las patologías que les hacen estar atendidos en la institución sanitaria.

El celador ha de mostrar profesionalidad, tener habilidades técnicas y mostrar calidad humana, mostrando empatía. Han de recibir una formación continuada específica para realizar estas labores con destreza y cuidado.

La importancia de estas técnicas de movilización radica en el impacto positivo que tienen en la calidad de vida del paciente y en la prevención de complicaciones asociadas con la inmovilidad prolongada; convirtiendo el papel del celador en una parte importante en la recuperación del paciente.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es mostrar las técnicas de movilización de los pacientes dentro de una institución sanitaria desde el punto de vista de los celadores.

3 Metodología

Para la consecución del presente trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática a través de los diferentes buscadores de internet. Se han consultado bases de datos, además de artículos, y blogs; obteniendo de todos ellos la información necesaria para la elaboración del presente.

4 Resultados

Algunos de los principales tipos de técnicas de movilización incluyen:

1. Cambio de posición en la cama: Es una técnica sencilla pero esencial para pacientes hospitalizados o encamados durante periodos prolongados. El cambio de posición periódico ayuda a prevenir las úlceras por presión y mejoran la circulación sanguínea.
2. Traslado en la cama: Se realiza cuando el paciente no puede levantarse por sí mismo. Se utilizan sábanas o dispositivos especiales para desplazar al paciente dentro de la cama, evitando fricciones y esfuerzos innecesarios.
3. Transferencia de la cama a la silla o viceversa: Es una técnica común para pacientes con movilidad reducida. Puede llevarse a cabo mediante el uso de grúas o con ayuda del personal sanitario, utilizando técnicas de levantamiento seguras.

4. Uso de sillas de ruedas: Las sillas de ruedas son una herramienta valiosa para la movilización de pacientes con discapacidades físicas. El personal debe asegurarse de que la silla esté correctamente ajustada y que el paciente se encuentre cómodo y seguro.

5. Levantamiento y traslado de pie: Esta técnica se aplica cuando el paciente es capaz de mantenerse en posición de pie con o sin ayuda. Se utilizan diversas técnicas, como el uso de cinturones o arneses, para facilitar el levantamiento y evitar lesiones en el paciente y el personal.

6. Movilización en camilla: Los pacientes que requieren transporte a diferentes áreas del hospital o fuera de él, son movilizados en camillas. Aquí, el personal debe tener en cuenta la estabilidad de la camilla y la comodidad del paciente durante el traslado.

Es importante destacar que cada paciente es único y puede requerir un enfoque personalizado en función de su condición médica y su capacidad física. El uso adecuado de equipos y dispositivos de asistencia es esencial para evitar lesiones tanto para el paciente como para el personal de la salud.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las técnicas de movilización de pacientes en una institución sanitaria son un componente esencial de la atención hospitalaria, destinadas a preservar la salud y bienestar de aquellos que enfrentan dificultades para moverse. La formación adecuada de celadores en estas técnicas, junto con un enfoque cuidadoso y humanitario, contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a reducir los riesgos asociados con la inmovilidad. Sin olvidar que el celador debe cuidar su propia salud, teniendo en cuenta utilizar las mejores técnicas de movilidad y ergonomía para cada paciente, sin mermar la calidad en la asistencia a los enfermos.

6 Bibliografía

- Microsoft Word - TEMA 3.doc (cgtsanidadlpa.org)
- CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 11: Movilización del Paciente. Parte I

Capítulo 685

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LAS MÁQUINAS EN LA COCINA HOSPITALARIA

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

La cocinas hospitalarias son una parte esencial del hospital y con ello sus máquinas.

En ocasiones pensamos que solo están en hostelería y cocinas profesionales.

Suelen ser proyectos complejos en cuanto a maquinaria, equipamiento y diseño. Deben de cumplir los más exigentes estándares de calidad, son cocinas preparadas para un alto número de personas que deben de seguir dietas específicas, en las que no debe haber un error.

La calidad de los materiales deben de ser de máxima calidad, el montaje y los espacios bien delimitados para evitar contaminaciones cruzadas.

El rendimiento de las máquinas también es esencial, por ello la maquinaria debe de contar con la mejor tecnología profesional, ofreciendo un alto nivel de producción y capacidad.

Casi todas están fabricadas en acero inoxidable gracias a las propiedades, seguridad y resistencia que ofrece este material.

También es necesario un diseño para su fácil manipulación y funcionamiento.

La limpieza y la higiene son , sin duda alguna, dos elementos clave en el éxito de una cocina hospitalaria.

Hay equipos generadores de calor que permiten regenerar, cocinar o calentar elementos los elementos.

Son alimentos que se van a servir en el momento, elaborados a primera hora de la mañana y listos poco antes de su distribución.

En esta categoría están los fogones, cocinas eléctricas o por gas.

Los equipos que permiten calentar al vapor o al baño María, así como hornos a vapor u hornos .

También están los equipos generadores de frío:

Hablamos de frigoríficos ,congeladores y cámaras frigoríficas.

Es donde se mantienen los alimentos crudos, por higiene y control de temperaturas esenciales. Muy importante la ventilación. la zona frío pasan de 65° a 10° en menos de 1 hora y media para su posterior almacenaje en cámara frigoríficas entre 0° y 3° sin llegar a congelarse. Este sistema es ideal para conservar alimentos un máximo de hasta 5 días incluyendo los días necesarios para su producción y consumo.

Las temperaturas 0° a 3° en caso de los refrigerados .Mucha cocinas cuentan con abatidores de temperatura para bajar la temperatura en periodos de cortos tiempos, contribuyendo a evitar gérmenes.

Las temperaturas de -18° en caso de los congelados.

El descenso de temperatura son bruscos en menos de 4 horas y media.

Equipos de higiene: Lavavajillas industriales y equipos para higienizar, lavar y almacenar utensilios de cocina.

2 Objetivos

Dar a conocer la maquinaria utilizada en la cocina de los hospitales, sus funciones y propiedades de cada una de ellas , así como las funciones particulares de cada una. Dar a conocer datos y diferencias entre ellas.

3 Metodología

Para este capítulo se ha realizado una búsqueda biográfica de artículos relacionados con el tema, se ha comprobado los datos que aparecen sean correctos.

Recopilando los más importantes, desarrollando el texto con el fin de llegar a su redacción y comprensión fácil.

4 Resultados

Es importante el papel de la maquinaria en los hospitales, su función es esencial y crucial para el buen funcionamiento de las comidas en los hospitales.

Principalmente hay 2 clases de maquinaria: una línea de cocina caliente formada principalmente por fogones que pueden ser eléctricos o a gas, hornos que son capaces de mantener la temperatura muy elevada y hornear numerosas raciones al mismo tiempo, carnes, pescados o pastelería. Con sistema de autolimpieza en algunos casos. Los microondas son otro aparato en la cocina.

Las máquinas de baño María, cocedores al vapor, freidoras, marmitas y sartenes basculantes que ahorran espacios, ollas a presión, planchas, campanas extractoras.

Es muy importante la higiene en estas zonas para no contaminar la comida y el correcto funcionamiento de la maquinaria.

La Línea fría: que enfría muy rápidamente para conservación y mantenimiento de los alimentos.

Los refrigerados que pueden bajar de 65° a 10° en menos de 1 hora y media, para su posterior su almacenaje entre 0° y 3° sin llegar a congelarse. Con un máximo de 5 días incluyendo los días necesarios para su producción.

Los congeladores que mantienen la comida a -18° y permite su mayor longevidad sin perder propiedades.

Los carros de transporte que pueden ser térmicos y calentar las bandejas o carros isotérmicos que son capaces de ralentizar el proceso de enfriamiento.

Hay también una zona de lavado y almacenamiento para carros, menaje y vajilla.

De igual forma cuenta con gran avance tecnológico con máquinas de agua de alta presión, trenes de lavado o lavavajillas de arrastre y cintas capaces de gestionar el lavado de una gran cantidad de menaje y vajilla. Máquinas encargadas de lavar y desinfectar los carros de almacenamiento, transporte o trituradoras de residuos orgánicos.

Todos estos espacios deben de cumplir con los principios de higiene:

Marcha adelante.

Separación entre zonas, emplazamientos, circuitos limpios y sucios.

Diferenciación entre los ambientes fríos y calientes.

Facilidad de limpieza.

Principalmente estas máquinas son producidas en acero inoxidable por sus propiedades higiénicas y durabilidad.

Deben de ser máquinas fáciles de utilizar ,intuitivas y fácil de limpiar.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina debe de saber qué clases de maquinaria hay en la cocina y saber sus funciones y propiedades. Es muy importante diferenciar los procesos calientes y fríos, para qué sirven las máquinas, su flujo de trabajo ,limpieza y mantenimiento de ellas.

El pinche debe saber como son los carros, sin son calientes o isotérmicos, Las temperaturas de los alimentos si son congelados o frescos, las clases de máquinas como las calientes principales hornos de gas o eléctricos, máquinas de baño María, cocedores al vapor, marmitas y sartenes, planchas, campanas extractoras, carros de transporte con ruedas.

Cámaras frigoríficas y congeladores que permiten alargar la vida de los alimentos.

Saber de la importancia del mantenimiento de la limpieza en todas las zonas de la cocina. Cualquier error puede producir el empeoramiento del paciente

6 Bibliografía

<https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tipos-cocina-hospitalaria/>

<https://www.winterhalter.com/cl-es/blog-winterhalter/equipos-necesarios-para-la-cocina-de-un-servicio-de-alimentacion-hospitalaria/>

Capítulo 686

EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

RAÚL MARTÍN GARCÍA

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

1 Introducción

La categoría profesional de Celador, tiene unas funciones generales pero otras distintas y específicas a cada servicio o puesto en el que realiza su labor.

Por ejemplo, cuando trabaja en Puerta Principal, sus labores se centran más en la vigilancia, entrada y salida de personas, indicaciones de hacia donde se tienen que dirigir los usuarios y de que el ambiente sea tranquilo, limpio y ordenado.

En la planta de unidad de cuidados intensivos (UCI), se encargará del traslado de pacientes, de ayudar en cambios posturales, en la higiene de los enfermos y de su vigilancia.

En algunos servicios, incluso, no tiene trato directo con el paciente, como es el caso del Celador que trabaja en Almacén, Farmacia o Archivo.

El Celador debe ser conocedor de sus funciones, y son las gerencias hospitalarias, las encargadas de ofrecer ese tipo de información al trabajador.

La formación académica mínima que se le exige a esta categoría profesional en Sanidad, es el certificado de Graduado Escolar o Graduado en ESO, con lo cual, no se le exige estar preparado para la realización de tareas sanitarias o del trato al enfermo, tanto si es independiente, como si necesita atención total.

A continuación, vamos a explicar brevemente, las funciones a realizar por este trabajador, contratado en Atención Primaria.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden exponer, de forma breve, las funciones principales del Celador que presta sus servicios en Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En Atención Primaria, el Celador tiene las siguientes funciones:

- Vigilar que las estancias se encuentren en perfecto estado de orden y limpieza y que todos los usuarios hagan un uso responsable de las mismas. Si encontrara cualquier problema en cuanto a limpieza, mobiliario roto o deteriorado o la falta de algún elemento, deberá comunicarlo de inmediato para solucionar el problema.
- Ayudar al traslado del paciente: si el paciente que acude a un centro de Atención Primaria, no se sirve por sí solo, el Celador será el encargado de trasladarle a las salas donde se le va a prestar asistencia sanitaria.
- Información: informará a los pacientes/usuarios de las salas a las que se tienen que dirigir para ser atendidos, comprobando que su cita es correcta en fecha y hora. Deberá acompañarlos si fuera necesario. Nunca dará información de tratamientos, diagnósticos o pruebas que se le vayan a realizar a los pacientes o que se les haya realizado a otros. No dará ningún tipo de información que no sea de su competencia.

- Traslado de documentación: una de sus funciones, es la de trasladar documentación, dentro de la que se encuentra la Historia Clínica, cuando le sea requerido y respetando siempre la Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Reposición de materiales y traslado de mobiliario: todo aquel material sanitario, o el empleado para la asistencia al paciente (papel, tóner para la fotocopidora, etc.) deberá ser repuesto por el Celador, al igual que en caso de que le sea demandado, el traslado de mobiliario o maquinaria de unas salas a otras. También realiza trabajos en máquinas auxiliares, como fotocopadoras.
- Colaboración con personal sanitario: deberá colaborar con el personal sanitario en todo lo que se le requiera, siempre claro, dentro de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el Celador conozca sus funciones cuando comienza su trabajo en Atención Primaria.

Son las gerencias hospitalarias las que se deben encargar de ofrecerle esta información.

Las funciones de un Celador en Atención Primaria van desde dar información a los pacientes/usuarios, hasta la realización de fotocopiado de documentos, pasando por la reposición de materiales a todas las salas y de ayudar al personal sanitario, cuando por ejemplo, tienen que inmovilizar a un paciente o hacerle un cambio postural, para realizarle cualquier tipo de cura.

Debe encargarse de que el servicio en el que trabaja, esté siempre en perfectas condiciones de limpieza, orden y silencio.

6 Bibliografía

1. <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria>.
"6 FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA"
ESSAE. essaeformacion.com.
2. <https://revistamedica.com/funciones-celadores-atencion-primaria-centros-salud/>.
3. "LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: LOS CENTROS DE SALUD"
Ocronos. Vol. V. N° 12–Diciembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°12: 462.

Capítulo 687

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: FUNCIONES BÁSICAS Y GENERALES Y ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ELENA GALÁN MORANTE

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

La plantilla profesional de un hospital, es muy extensa y variada. Pero siempre, cuando hablamos de hospitales, se nos vienen a la cabeza profesionales como médicos, enfermeras, etc.

Un trabajador muy importante en Sanidad es el Auxiliar Administrativo, primera persona con la que solemos encontrarnos, a la hora de acudir a recibir asistencia sanitaria.

Este trabajador tiene unas funciones generales pero, a su vez, otras particulares al puesto de trabajo donde realiza su labor.

Por ejemplo en Archivo, no tiene trato directo con el paciente, en concreto se encarga del manejo de documentación clínica.

Mientras que en el Servicio de Urgencias, además de realizar labores administrativas, trabaja muy directamente con el paciente, con lo cual, tiene que contar con habilidades sociales que puedan ayudarle en su trabajo.

Tiene tres formas de tratar con el usuario/paciente: de forma telefónica, telemática y presencial.

Debe ser consciente que las personas con las que trata, acuden con problemas de salud, con lo que tiene que contar con empatía, paciencia, respeto y educación. Deberá tratar los datos según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Siempre, se abstendrá de hacer comentarios sobre tratamientos, pruebas diagnósticas y patologías a los enfermos.

2 Objetivos

Explicar brevemente las funciones básicas del Auxiliar Administrativo que trabaja en servicios sanitarios y la importancia de la realización de cursos para su reciclado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones generales, de la categoría profesional de Auxiliar Administrativo que trabaja en hospitales, son las siguientes:

- Atención al usuario/paciente: lo realiza de tres formas distintas que son presencial, telemática y telefónica.

Sus cualidades sociales, imprescindibles en este trabajo, deben ayudarle, por ejemplo en el trato telefónico, ya que la comunicación gesticular, se pierde. Debe contar con empatía, paciencia y ser capaz de resolver problemas que surjan en el trato con el paciente.

- Tareas administrativas: debe ser conocedor de los programas y aplicaciones informáticas que se utilizan en la gerencia hospitalaria donde trabaja, así como los editores de texto que en general un Auxiliar Administrativo, por su formación académica, debe saber utilizar. Manejará la intranet hospitalaria en la que presta su labor. Se encarga de la elaboración, almacenaje, mantenimiento, actualización y digitalización de los documentos hospitalarios.

Esta parte de su trabajo es muy importante, ya que toda la asistencia sanitaria debe estar documentada, no sólo y exclusivamente para el propio paciente, sino para la investigación médico científica, que ayude a avanzar en medicina y cirugía.

- Citaciones e información: en muchos servicios, se encarga de citar a los pacientes para próximas revisiones, pruebas o asistencia sanitaria y debe informarles de hacia dónde tienen que dirigirse y la fecha y hora en que deben hacerlo. También, explicará al paciente, en qué condiciones tiene que acudir a su cita: en ayunas, sin haber tomado o habiendo tomado cierta medicación, etc.

Las bolsas de trabajo sanitarias, tienen un gran movimiento, es decir, un mismo trabajador puede ser contratado en diferentes fechas en un año, en diferentes servicios y realizar tareas totalmente distintas.

El reciclaje es una parte muy importante, tanto para actualizarse en nuevos programas y aplicaciones informáticas, como para adquirir otras habilidades que puedan mejorar su trabajo y el trato con el paciente.

La mayoría de esos procesos de actualización, se realizan mediante cursos, impartidos tanto por las propias gerencias como por empresas dedicadas a ello, previo pago de tasas, siempre de forma voluntaria.

Con lo cual, no todos los trabajadores de esta categoría, están perfectamente preparados a la hora de realizar una labor tan importante, como la suya en un hospital.

5 Discusión-Conclusión

La labor de la categoría de Auxiliar Administrativo que trabaja en Sanidad, es muy importante. Es el encargado del registro de pacientes para ser atendidos, de la gestión de toda la documentación para facilitar dicha atención y en gran parte, responsable del buen funcionamiento de los hospitales.

Debe ser conocedor de sus funciones generales y de las particulares al puesto de trabajo donde realiza su labor.

Pero también tiene que contar con unas habilidades sociales, para poder realizar la atención al usuario de una forma correcta y satisfactoria.

Este tipo de empleado, debería realizar un reciclaje periódico, para mejorar su forma de trabajar y para no caer en vicios que puedan perjudicar su labor.

6 Bibliografía

Bibliografía <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>

”FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS SANITARIOS”

Ocronos. Septiembre 2021. Vol. IV; nº9, pág. Inicial: : 119 <https://www.formacioncarpediem.com/blog/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario/>

”Funciones del Auxiliar Administrativo en Instituciones Sanitarias” Formación Carpe Diem

Capítulo 688

EL CELADOR EN ZONA DE QUIRÓFANO

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

1 Introducción

El quirófano es el área hospitalaria con mayor grado de tecnología, requiere unas condiciones especiales de limpieza, baja o nula contaminación microbiana y seguridad. En general, al quirófano no se introducirán objetos del exterior.

La vestimenta es el pijama verde limpio, cubriéndose el pelo (con un gorro) y la barba. Así mismo, el calzado será el específico para el quirófano (verde) o en su defecto, se usarán calzas.

Las funciones del Celador serán el traslado de los pacientes desde la unidad correspondiente a Quirófanos, Reanimación, preoperatorio, su habitación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe toda la documentación clínica precisa que debe serle facilitada por el Enfermero/a de la unidad de procedencia.

Entre las funciones del Celador en quirófano las principales son ayudarán, a requerimiento del Médico o Supervisores.

El Celador introduce y saca a los enfermos del Área Quirúrgica para las intervenciones.

Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.

Ocasionalmente colaborará en el rasurado del paciente.

Transporte de biopsias.

Vigilar el acceso a la zona de quirófanos.

Mantendrá limpios los transfer y ordenadas las camillas .

En general, auxiliar en todas las labores propias del celador que le sean ordenadas por sus superiores.

2 Objetivos

En este capítulo de Celador en quirófano queremos dar a conocer las tareas principales que debe ejercer y su cometido dentro de este área del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Celador en quirófano debe de tener muy claro sus funciones , ya que esta en un área muy compleja y que no se puede cometer errores.

Tendrá que vigilar los traslado de los pacientes desde la unidad correspondiente a Quirófanos, Reanimación, preoperatorio, su habitación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe toda la documentación clínica precisa que debe serle facilitada por el Enfermero/a de la unidad de procedencia. al quirófano no se introducirán objetos del exterior.

La vestimenta es el pijama verde limpio, cubriéndose el pelo y la barba. Así mismo, el calzado será el específico para el quirófano. las funciones del Celador en quirófano las principales son ayudarán, a requerimiento del Médico o Supervisores.

Al quirófano no se introducirán objetos del exterior.

El Celador introduce y saca a los enfermos del Área Quirúrgica para las intervenciones.

Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.

Mantendrá limpios los transfer y ordenadas las camillas.

Transportarán a los servicios correspondientes los objetos y documentos que les sean confiados por sus superiores.

Cuando un enfermo ingrese grave en el hospital por haber sufrido algún accidente deba ser intervenido de inmediato y su estado de limpieza no sea el adecuado, los celadores ayudarán a su lavado para la preparación del mismo y que pueda ser intervenido con la mayor brevedad posible.

Observarán las normas internas del Servicio de Quirófano generales para toda la Unidad, en especial las referidas a la asepsia o higiene.

Mantendrá ordenados todos los soportes utilizados en las mesas de los quirófanos de las distintas especialidades en los almacenes y estanterías destinadas a tal fin. Auxiliar en todas las labores propias del celador que le sean ordenadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

El Celador debe conocer perfectamente sus funciones y realizarlas de forma adecuada.

Hacer sus funciones principales que le encomienden sus superiores y ayudar en todo lo que le digan.

Es un área que no se puede tener errores ya que depende la vida de una persona. El orden y limpieza es fundamental .

El Celador llevara la documentación que siempre debe de ir acompañada del enfermo.

Vigilara que no se entre comida ni nada del exterior que no deba estar en quirófano.

El Celador introduce y saca a los enfermos del Área Quirúrgica para las intervenciones.

Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.

6 Bibliografía

1. <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-quiropfano>.
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.

Capítulo 689

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: CONSECUENCIAS Y RIESGOS DE TRABAJAR EN TURNOS ROTATORIOS

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ELENA GALÁN MORANTE

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

La salud de las personas no entiende de horarios, es decir, nadie elige enfermar o sufrir un accidente a una hora determinada.

Por ello, hay servicios de atención sanitaria que deben permanecer activos las 24 horas del día, los 365 días del año. Para ello, la plantilla que realiza su labor en estos servicios, debe realizarla en turnos rotativos de mañana, tarde y noche. Es decir, el trabajador realiza la misma labor, pero en franjas horarias diferentes, organizadas por las gerencias hospitalarias.

Es el caso del Servicio de Urgencias, por ejemplo, donde se encarga de la recepción de los usuarios/pacientes y de su ingreso en la actividad sanitaria, el trabajador de la categoría profesional de Auxiliar Administrativo.

Debido al constante cambio en los horarios, sufre alteraciones tanto en su forma de vida como en su relaciones personales, familiares y sociales.

Debe ser consciente de los peligros que conlleva para la salud, tanto física como mental, este tipo de turnos y debe poder detectar cualquier síntoma adverso en su salud.

El servicio de Salud Laboral de los hospitales, debe informar a los trabajadores de las consecuencias que puede acarrear para la salud trabajar en turnos rotativos y ante cualquier síntoma, solicitar asistencia sanitaria.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden explicar los problemas de salud a los que se enfrenta el Auxiliar Administrativo hospitalario, que presta sus servicios, por ejemplo en Urgencias, en turnos rotatorios de mañana, tarde y noche.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos científicas y en plataformas de internet. Se ha revisado todo lo extraído, tomando los datos más importantes y desechando los menos relevantes y se ha llegado a la redacción del mismo.

4 Resultados

Consecuencias para el Auxiliar Administrativo hospitalario que realiza su labor en turnos rotatorios de mañana, tarde y noche:

- Alteración de los ritmos circadianos: son aquellos ritmos biológicos que funcionan con una determinada periodicidad. Por ejemplo, el cuerpo permanece activo en las horas de luz y necesita descanso por la noche. Al alterarse estos ritmos, el cuerpo puede sufrir un estrés importante al tener que adaptarse a los cambios continuamente. Esto puede llegar a provocar trastornos en el sueño, fatiga tanto física como mental, depresión, etc.
- Trastornos gastrointestinales: la alimentación se realiza en distintos horarios, sin habitualidad, se deja de prestar atención a una alimentación sana y, por ejemplo, para la realización de labores nocturnas, se aumenta la ingesta de azúcares y sustancias como cafeínas, teínas y todo aquello que ayude al cuerpo a activarse. Esto puede ocasionar alteraciones en el apetito, úlceras estomacales, digestiones

difíciles, estreñimiento, etc., llegándose a desarrollar enfermedades graves. Generalmente las personas que trabajan en turnos, suelen sufrir de sobrepeso, pueden sufrir de diabetes y tienen la presión arterial más elevada de lo normal.

- Trastornos del sueño: el trabajador tiene que cambiar constantemente sus horas de descanso, dificultándose llegar a la fase REM (Rapid Eye Movement) y acumulando fatiga constantemente. Esto puede ocasionarle trastornos en el sueño y con ello, enfermedades psiquiátricas, o afecciones gastrointestinales y de circulación.
- Alteraciones sociales: debido al cambio constante de horarios, las relaciones sociales, familiares y personales, pueden verse afectadas. Es decir, la incompatibilidad de horarios respecto al entorno social, puede provocar problemas de ansiedad e incluso depresión. Este tipo de turnicidad, llega a afectar incluso en la relación de los padres con los hijos, sobre todo, cuando los niños son pequeños.
- Accidentes: el agotamiento físico y mental puede hacernos bajar los niveles de alerta. La falta de sueño puede provocar que nuestro cuerpo no actúe con la rapidez necesaria a ciertos estímulos o peligros y llegar a sufrir accidentes que nos perjudiquen a nosotros y a otras personas.

Se ha comprobado científicamente, que a mayor edad, las alteraciones horarias perjudican más a las personas y tiene unas consecuencias de mayor gravedad.

5 Discusión-Conclusión

Hay servicios hospitalarios que deben realizar su labor las 24 horas del día, los 365 días al año.

Es muy importante que el Auxiliar Administrativo hospitalario que presta sus servicios, por ejemplo, en Admisión de Urgencias en turnos rotatorios de mañana, tarde y noche, sepa las consecuencia que para su vida y su salud, puede acarrearle su labor.

Se ha demostrado que los empleados que trabajan en turnos rotatorios, pueden llegar a provocar y sufrir accidentes graves.

El servicio de Salud Laboral de los hospitales, debería informar y formar a los empleados para evitar este tipo de consecuencias.

El trabajador, debe reconocer cualquier síntoma que pueda desarrollar a este respecto y acudir a demandar asistencia sanitaria, tanto de forma física como psicológica y así, evitar daños en su vida personal, familiar y social.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-auxiliar-administrativo-sanitario-turnos-nocturno/>.
2. <https://www.levante-emv.com/salud/2017/09/22/consecuencias-salud-trabajo-turnos-13786549.html>.
3. <https://revistamedica.com/afecta-a-la-salud-trabajo-a-turnos/>.

Capítulo 690

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

1 Introducción

La atención y cuidado de pacientes ostomizados es una parte esencial de la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el entorno de la atención médica. Los pacientes ostomizados son aquellos que han sido sometidos a una cirugía que crea una abertura artificial en su cuerpo (ostoma) para facilitar la eliminación de heces o orina cuando el sistema digestivo o urinario no puede funcionar de manera normal.

La atención a pacientes ostomizados requiere habilidades técnicas, conocimientos específicos y una sensibilidad especial para brindar un cuidado compasivo y adecuado a las necesidades individuales de cada paciente. En esta introducción, exploraremos el papel fundamental del TCAE en el cuidado del paciente ostomizado, destacando las funciones y responsabilidades que desempeña para garantizar el bienestar y comodidad del paciente.

El Técnico se convierte en un apoyo esencial en el cuidado del paciente ostomizado, trabajando en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico para asegurar que el paciente reciba una atención integral y de calidad. Desde el monitoreo del estoma, la asistencia en el cambio del dispositivo de recolección hasta la educación al paciente y el apoyo emocional, desempeña una variedad de funciones clave que contribuyen al manejo efectivo de la ostomía.

En este trabajo, exploraremos en detalle las funciones específicas del Técnico en el cuidado del paciente ostomizado, resaltando la importancia de la capacitación adecuada, la empatía y el enfoque centrado en el paciente. Además, se subrayará la relevancia de mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud y la importancia de brindar un entorno de cuidado seguro y compasivo para el paciente ostomizado.

La dedicación y profesionalismo del Técnico en esta área son cruciales para garantizar que los pacientes ostomizados reciban el cuidado óptimo que merecen y que su adaptación a esta nueva etapa de vida sea lo más exitosa posible.

2 Objetivos

- Las funciones específicas del Técnico en el cuidado del paciente ostomizado
- Comunicación efectiva con el equipo de salud y la importancia de brindar un entorno de cuidado seguro y compasivo para el paciente ostomizado

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Scielo, Pubmed y el buscador de Google académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de paciente ostomizado. Se han utilizado palabras claves como ostomía, autocuidados y estoma.

4 Resultados

El cuidado del paciente ostomizado por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) da lugar a una serie de resultados positivos y beneficiosos tanto para el paciente como para el equipo de salud. Al desempeñar un papel fundamental en la atención del paciente ostomizado, el Técnico contribuye significativamente al bienestar y calidad de vida del paciente y a la eficacia del proceso de cuidado. Algunos de los resultados destacados incluyen:

1. Cuidado integral y de calidad: La participación activa del Técnico en el cuidado del paciente ostomizado asegura que el paciente reciba una atención integral y de calidad. El Técnico está capacitado para llevar a cabo las funciones necesarias para el cuidado del estoma, la higiene de la piel y el cambio de dispositivos, lo que contribuye a mantener la salud y comodidad del paciente.

2. Prevención de complicaciones: El monitoreo constante del estoma por parte del Técnico ayuda a detectar tempranamente cualquier signo de complicaciones, como fugas o problemas cutáneos, lo que permite una intervención oportuna para evitar complicaciones mayores.
3. Adaptación y educación del paciente: El Técnico brinda apoyo emocional y educación al paciente ostomizado, ayudándole a adaptarse a su nueva condición y enseñándole técnicas adecuadas de autocuidado y manejo de la ostomía. Esto promueve la autonomía del paciente y le da confianza para enfrentar su situación de manera más positiva.
4. Mejora de la comunicación y trabajo en equipo: La colaboración del Técnico con el personal de enfermería y médico en el cuidado del paciente ostomizado mejora la comunicación y el trabajo en equipo en el entorno de atención médica. El Técnico es un eslabón importante en la cadena de cuidado, asegurando que la información relevante se transmita de manera eficiente y que todas las necesidades del paciente sean atendidas de manera coordinada.
5. Satisfacción del paciente y familiares: Un cuidado adecuado y compasivo por parte del Técnico contribuye a la satisfacción del paciente y sus familiares, quienes aprecian el trato humano y sensible hacia el paciente ostomizado.
6. Reducción de complicaciones secundarias: La atención proactiva del Técnico en el cuidado de la piel alrededor del estoma reduce el riesgo de irritaciones, infecciones y otras complicaciones secundarias que puedan surgir.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel fundamental en el cuidado del paciente ostomizado, brindando un cuidado compasivo y de calidad que contribuye significativamente al bienestar y comodidad del paciente. Su participación activa en el equipo de salud y su colaboración con el personal de enfermería y médico aseguran una atención integral y eficaz para el paciente ostomizado.

El Técnico desempeña funciones clave que incluyen el monitoreo y cuidado del estoma, asistencia en el cambio de dispositivos, higiene de la piel, educación al paciente y apoyo emocional. Su observación constante permite detectar tempranamente complicaciones y tomar medidas preventivas, lo que reduce el riesgo de problemas secundarios asociados a la ostomía.

Además, el Técnico es un valioso recurso para el paciente ostomizado y sus familiares, proporcionando educación y orientación sobre el manejo adecuado de

la ostomía y brindando un ambiente de cuidado seguro y compasivo. Su enfoque en la comunicación efectiva y el trabajo en equipo mejora la coordinación del cuidado y garantiza una atención centrada en el paciente.

La dedicación y profesionalismo del Técnico en el cuidado del paciente ostomizado tienen un impacto positivo en la calidad de vida del paciente, ayudándolo a adaptarse a su nueva condición y promoviendo su autonomía. El cuidado adecuado y compasivo brindado por el Técnico genera satisfacción tanto en el paciente como en sus familiares, quienes valoran la atención humana y sensible que reciben.

6 Bibliografía

-Pumbed

-Scielo

Capítulo 691

EL CELADOR HOSPITALARIO: FALTA DE PREPARACIÓN POR PARTE DE LAS GERENCIAS CONTRATADORAS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

1 Introducción

En la contratación de personal laboral, en todos los ámbitos, se busca un tipo de perfil de acuerdo a las tareas que se vayan a realizar en el puesto en concreto. Por ejemplo, si se necesita a una persona para realizar mantenimiento eléctrico, se exige que esté preparada en dicha actividad, aportando la debida titulación académica.

El Celador hospitalario, realiza labores de traslado de documentación, de mobiliario, de materiales sanitarios y de enfermos. Pero no se le exige una formación al respecto.

Puede parecer que su labor, no necesita de unos conocimientos particulares para su realización, o ser conocedor de reglas, estatutos o leyes.

Debido a esto, el Celador puede cometer errores graves en la realización de su trabajo, que le pueden perjudicar a él mismo, al servicio, unidad o gerencia donde trabaja, pero también a los pacientes con los que trata.

En muchas ocasiones, a la llegada a su puesto de trabajo por primera vez, lo hace incluso desconociendo cuales son sus tareas básicas. En el llamamiento, se le informa de la gerencia en la que prestará sus servicios, la unidad o servicio, y el día en el que debe incorporarse al mismo. Se le ofrece la uniformidad adecuada y son los mismos compañeros los encargados de informarle de sus funciones y labores, de forma voluntaria y sin recibir compensación económica o en especie, por labores de Docencia.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende dejar clara la necesidad, por parte de las gerencias hospitalarias, de formar a los celadores tanto en labores de ergonomía, traslado de pacientes o en el trato de la información de los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A la categoría profesional en el ámbito sanitario de Celador, el mínimo requisito que se les requiere para trabajar en centros hospitalarios tanto públicos como privados, es el certificado de Graduado Escolar o Graduado en ESO.

Una parte de su labor, es la del traslado y movilización de pacientes, bien en silla de ruedas, camillas o camas. Debería estar formado para reconocer las distintas posturas anatómicas y la manera de realizar los cambios posturales para llegar de unas a otras.

No está obligado a tener conocimientos en ergonomía, con lo cual, puede llegar a sufrir daños articulares, musculares o accidentes que perjudiquen su salud.

Hay unas reglas establecidas para el traslado de pacientes. Por ejemplo: para entrar en un ascensor, en caso de que el paciente vaya en silla de ruedas, el Celador deberá entrar de espaldas tirando de la silla por las empuñaduras, quedando el paciente de frente a la puerta del ascensor. En caso de cama, actuará de la misma manera, siendo los pies del enfermo, la última parte en entrar y quedando mirando de frente a la puerta.

A la hora de bajar o subir rampas, también existe una forma concreta de hacerlo, o al atravesar puertas automáticas, abatibles, etc. En muchos casos, la falta de conocimientos hacen que el Celador se sobrecargue en cuanto a movimientos y peso o que el paciente pueda sufrir golpes o sobresaltos.

En cuanto a la información personal y clínica de pacientes que está a su alcance, tampoco han sido preparados para cumplir con la "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales" ni con la "Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud".

Pero la falta de conocimiento de estas leyes, no exime de su cumplimiento y, en caso de atentar contra los datos personales o clínicos de un paciente, puede acarrearle sanciones o penas, tanto en el ámbito laboral, como en el civil o en el penal.

5 Discusión-Conclusión

Las gerencias hospitalarias, una vez que contratan a un trabajador para ejercer su labor como Celador hospitalario, deberían formarle o, al menos, aportarles documentación, para adquirir todos los conocimientos necesarios para realizar su labor adecuadamente, tanto para él, como para los pacientes con los que trata. Estos conocimientos, los puede adquirir el propio trabajador, por medio de cursos a realizar voluntariamente y fuera de su horario laboral, con lo cual, la mayoría de trabajadores no los realiza. Esto no es nada que se pueda echar en cara, ya que cada uno es dueño de su tiempo de ocio, fuera del horario laboral.

La mayoría de las gerencias, ofrece cursos a este respecto de forma presencial, online o mixta, pero sólo admite a personas con contrato actual en dicha gerencia. Si una persona se encuentra en bolsa de trabajo sanitaria, a la espera de llamamiento, no tiene acceso a estos cursos, como previa preparación.

En resumen: el Celador puede carecer de conocimientos útiles y que deberían ser

obligatorios para la realización correcta de su trabajo y para su salud; en caso de contar con estos conocimientos, es porque fuera de su horario laboral, en muchas ocasiones previo pago de cursos en empresas dedicadas a ello, se ha formado de una forma voluntaria.

Nadie le exige a un Celador tener conocimiento de anatomía, de ergonomía o de conocimiento de las leyes a cumplir en su puesto de trabajo.

Su labor puede llegar a perjudicar su salud y si incumple alguna ley contra los datos personales o sanitarios, por desconocimiento sufrirá sanciones desde leves, a muy graves.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacionalcala.com/articulos/160/cuales-son-las-funciones-de-un-celador#:text=Este%20profesional%20se%20encarga%20de,entrada%20y%20salida%20de%20pacientes>.
2. "¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DE UN CELADOR?"
Formación Alcalá. 15/09/2022 <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-4-movilizacion-CELADOR.pdf>.
3. "TEMA 4: EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS MISMOS. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE". www.formacurae.es.

Capítulo 692

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: HISTORIA CLÍNICA

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

La categoría profesional más contratada en centros hospitalarios, junto con la de celador, es la de auxiliar administrativo.

Sus funciones son de gran importancia en el entorno sanitario ya que se encargan de informar al usuario o paciente, de forma telefónica, presencial y telemática.

Realizan también la digitalización de toda la documentación que se genera en un hospital.

En algunas unidades, son los encargados de tramitar las agendas de los servicios médicos, citar a los pacientes y registrar su entrada una vez acuden a que les realicen la asistencia.

Su trato con el paciente, en muchas ocasiones es directo, como es el caso de Admisión de Urgencias, Consultas Externas, centros de Atención Primaria, etc. Pero en otros, como puede ser el servicio de Almacén, de Archivo o en la biblioteca

científica del hospital, no tienen contacto con el mismo, sino con documentación, productos adquiridos por el hospital, información científica, etc.

Además de sus conocimientos sobre los programas y aplicaciones informáticas a utilizar en su puesto de trabajo, debe contar con habilidades sociales que le ayuden en la interacción con el usuario/paciente.

Debe conocer a la perfección un documento imprescindible en el sistema sanitario y saber tratar con él: la Historia Clínica.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar brevemente la utilidad de la Historia Clínica y los datos que recoge la misma, algo de lo que el auxiliar administrativo hospitalario debe ser conocedor.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una revisión bibliográfica en bases de datos científicas y en plataformas de internet. Mediante revisión, se han desechado los datos menos relevantes y se han tomado los más importantes, llegando a la redacción del siguiente documento.

4 Resultados

La Historia Clínica es un documento digitalizado, para favorecer su consulta al personal sanitario, en el que figuran los datos personales y los relativos a la salud de los usuarios/pacientes. En ella, se incluyen todas las asistencias sanitarias que ha recibido el titular a lo largo de su vida.

En ella aparecen:

- Datos personales del paciente, número de identificación sanitaria, personas a las que avisar en caso de accidente, enfermedad o muerte, etc.
- Anamnesis, que son los datos que ofrece el paciente al sanitario, en cuanto a síntomas, dolencias, etc.
- Exploración física: el primer examen realizado al paciente por parte del médico al llegar, por ejemplo, a Urgencias.
- Informes de urgencia (los antecedentes por los que ha necesitado asistencia urgente).
- Evolución clínica, ordenada de forma cronológica.

- Tratamientos, medicaciones que toma, cuidados que realiza habitualmente el paciente para mejorar su salud, cirugías que se le hayan podido practicar, etc.
- Antecedentes médicos familiares, dato importante ya que muchas de las patologías son hereditarias.
- Exploraciones complementarias que anteriormente le hayan sido solicitadas, aquellas a las que esté en espera y las ya realizadas.
- Hoja de interconsulta.
- Consentimientos informados, para la realización de cirugías y la aplicación de tratamientos, firmados por el paciente, que habrán sido digitalizados.
- Informes de anestésicos, actuaciones realizadas en quirófano y la información que exista en Anatomía Patológica del paciente.
- Lo referente a las actuaciones realizadas por parte de enfermería en las intervenciones, terapias y los informes de alta en servicios sanitarios, unidad de Urgencias y de ingresos hospitalarios.
- Historial de alergias, intolerancias, reacciones a sustancias, etc.

El Auxiliar Administrativo debe ser conocedor de la Historia Clínica. Toda aquella documentación que se haya redactado de forma manual, o por ejemplo los consentimientos informados y firmados, deberá digitalizarlos e introducirlos en la Historia Clínica de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

La Historia Clínica de los pacientes es el documento más importante en la asistencia médica. En ella, aparece, entre otras cosas, todo lo referente a los procesos sanitarios que se le han realizado al paciente y que servirá de ayuda a la hora de dar un diagnóstico acertado.

El Auxiliar Administrativo debe ser conocedor de ella, tratar todos los datos con respeto y según las leyes de confidencialidad y protección de datos.

La Historia Clínica no sólo sirve para adecuar la asistencia médica al paciente/usuario, sino que también, se utiliza para la investigación médico científica, para el avance de la medicina y en la cirugía.

6 Bibliografía

1. <https://www.igaleno.com/blog/que-es-historia-clinica/#::text=De%20este%20modo%2C%20podemos%20definir,proporcionar%20una%20adecuada%20asistencia%20m%C3%A9dica.>

2. "Qué es una historia clínica y qué datos debe incluir" igaleno.com. 20 de junio, 2022. Gestión Médica.
3. <https://revistamedica.com/responsabilidad-auxiliar-administrativo-historia-clinica/#::text=Los%20Auxiliares%20Administrativos%20solo%20pueden,estando%20obligados%20a%20guardar%20secreto.>
4. "EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS HISTORIAS CLÍNICAS"
Ocronos. Vol. V. Nº 11–Noviembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº11: 222.

Capítulo 693

TIPOS DE RIESGOS ERGONÓMICOS Y LAS LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN EL MANEJO DE CARGAS POR ALBAÑILES Y PERSONAL DE OFICIOS DEL HOSPITAL

DIEGO RODRÍGUEZ RABADÁN ALHAMBRA

1 Introducción

La palabra ergonomía significa según la RAE “Estudio de la adaptación de las máquinas, muebles y utensilios a la persona que los emplea habitualmente, para lograr una mayor comodidad y eficacia”, Por esa razón cada vez es más importante este sector en nuestro puesto de trabajo se cual sea al que nos dediquemos. Con ello lo se pretende es que trabajemos de una forma segura y en un entorno más saludable, que minimizamos al máximo la fatiga y el cansancio al ejecutar nuestras funciones laborales. También tiene una buena utilidad en la funcionalidad ya que si nuestro puesto de trabajo es ergonómico haremos nuestra actividad profesional con mas calidad.

Desde la época de los 50 en donde empezó a mostrar interés por la ergonomía en el trabajo, este ha ido cobrando mayor interés hasta el punto de estar apoyado hasta por la Organización de la Salud y la Organización del Trabajo.

Esta ciencia no solo estudia el medio que nos rodea abarca muchos más elementos como:

- El manejo de la maquinaria, que sea lo más fácil de utilizar y así se obtenga resultados mejores y en menos. Uno de los problemas con los que nos enfrentamos los profesionales de la salud.
- Que el ambiente sea lo más confortable posible (Iluminación, diseño del puesto, Las cargas que vamos a soportar durante el día...)
- Cargas a soportar en nuestro puesto de trabajo (cargas físicas, Cargas Mentales,)
- Riesgos Psicosociales de nuestro puesto de trabajo.

Aunque todas se tienen en cuenta en el estudio de la ergonomía de nuestro puesto de trabajo, el que más se sufre en el sector de construcción es las lesiones musculoesqueléticas. Este tipo de lesiones da como resultados, bajas, dolor al realizar nuestra actividad, por lo tanto, una baja efectividad, incluso en ocasiones más severas invalidez parcial o total.

Este tipo de lesiones afectan a los puntos débiles de nuestro cuerpo como espalda, articulaciones, músculos por sobrecargas, nervios, etc.

2 Objetivos

Conocer los tipos de riesgos ergonómicos y las lesiones musculoesqueléticas debidos al manejo de cargas en albañiles y personal de oficios del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha acudido a fuentes oficiales nacionales, a la lectura de reales decretos y leyes dentro del ámbito nacional, así como de consignas dadas por disposiciones que son normas reglamentadas dentro de nuestro país.

4 Resultados

En el trabajo de oficios de un hospital, en especial en el sector constructivo, lo que más hay que tener en cuenta ergonómicamente es la manipulación de cargas. Como desplazamiento de material, coger cargas para colocarla en su ubicación definitiva, levantar peso para ponerlo en carretillas, o transpaleta, o al desplazar estas cargas, aunque sea con ayuda de utensilios para facilitar este trabajo. Como dice la Ley 31/1995 del 8 noviembre sobre la prevención en riesgos laborales una

no podrá exceder del máximo peso recomendado. Siendo de 25 kg de manera estándar, pero si la manipulan mujeres, menores o trabajadores jóvenes deberían de ser 15 kg, pudiendo en el caso de hombres sanos y entrenados de 40 kg.

Esta carga no se movilizará ni por rampas ni escaleras, deberá de llevar asas, ranuras o sujeciones para su mejor control, situándola cerca de nuestro cuerpo y a una altura adecuada, evitando giros bruscos.

Si no pudiéramos hacer una manipulación correcta cabe la posibilidad de sufrir lesiones tanto dorsolumbares, cervicales, o molestias musculares.

Para evitar estos riesgos de lesión es conveniente operar estas cargas con la espalda recta, la carga a ser posible pegada al cuerpo, y al agacharnos las piernas flexionada. Si el peso supera el establecido en la ley será convenientes pedir ayuda a los compañeros o hacer uso de maquinas apropiadas para ellos.

A todo lo dicho anteriormente a la hora de manipular cargas también la ley de prevención estipula unas dimensiones máximas de manipulación, que son, 60 cm de ancho por que más ancho dificultaría su manipulación.

También hay que tener en cuenta nuestro entorno de trabajo para que sea tolerable según la ley en el que basamos el estudio, tiene que tener las siguientes características.

- Libre de obstáculos
- Buena temperatura (no más 25 C°)
- Buena iluminación
- Grado de humedad entre 30 y 70 por ciento de humedad.
- Este bien señalizado.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente y basándonos en los estudios tenemos que especificar los tipos de ergonomía que existen:

ERGONOMIA FISICA: Que es en la que nos hemos centrado, es decir la adecuación del entorno de trabajo, la adaptación postural. Se tiene en cuenta en mayor medida el factor fisiológico/mecánico.

ERGONOMIA COGNITIVA: Este tipo de ergonomía se centra en las necesidades psicológicas del trabajador. En ello incluye como gestiona el estrés, la carga de trabajo, el impacto emocional, como interactúa con los materiales de su entorno laboral... etc.

ERGONOMIA ORGANIZACIONAL: Este tipo de ergonomía está en relación con la gestión entre trabajador/empresa. Es decir, analiza las actividades que lleva cada uno y la comunicación que existe entre ambos.

ERGONOMIA AMBIENTAL: Se centra en la evaluación de los espacios, en ellos tienen en cuenta tanto el nivel de ruido, luminosidad, temperatura etc.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este capítulo podemos mencionar que a la hora de realizar un trabajo y adecuarlo a nosotros, tendríamos que tener en cuenta los distintos tipos de ergonomías para una buena evaluación del entorno de trabajo y una mejor efectividad en los objetivos a obtener en nuestro trabajo.

6 Bibliografía

1. Disposiciones reglamentarias mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
2. Asociación Española de Ergonomía (s.f.) ¿Qué es la ergonomía?.
3. Biblioteca Jurídica Digital de la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado.
4. Plan General de las Actividades Preventivas de la Seguridad Social.
5. Real Decreto 486/1997.
- 6 . Ley 31/1995 del 8 de noviembre de PRL.

Capítulo 694

EL CELADOR HOSPITALARIO: LABORES CON PACIENTES TERMINALES Y POSIBLES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ELENA GALÁN MORANTE

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El enfermo terminal es aquel paciente con una enfermedad avanzada, incurable y en progresión, con un pronóstico de vida de 6 meses.

Durante este tiempo, si el paciente permanece hospitalizado, se atenderán a los distintos síntomas que van apareciendo y adecuándose los tratamientos médicos a las nuevas situaciones, para minimizar en todo lo posible el dolor, la incomodidad y el sufrimiento psicológico.

El trato de los trabajadores hospitalarios, tanto sanitarios como sanitarios respecto a estos pacientes, tiene que ser muy estrecho, personal y debe estar cargado de empatía.

Es decir, no sólo se le tratará de una forma médica, sino que se facilitará su estancia en el hospital, en los últimos momentos de su vida, en total tranquilidad, sin alteraciones y con ayuda psicológica en todo momento, para él y sus familiares.

En todas las plantas y servicios hospitalarios, se encuentra la figura de la categoría profesional de Celador y en el caso de los enfermos terminales, está también presente.

A continuación, enunciaremos y explicaremos brevemente, las funciones del celador en plantas de hospitalización de pacientes terminales, las habilidades sociales con las que debe contar y el caño psicológico que puede sufrir al mantener un contacto tan estrecho, con enfermos en sus últimos momentos de vida.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden enumerar y explicar de forma breve, las funciones del celador con el paciente terminal y los daños que le puede causar su trabajo a nivel psicológico.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed o Scielo y en plataformas de internet. Se ha realizado una revisión de toda la literatura encontrada, de acuerdo con el tema a tratar, se han desechado los datos menos importantes y se ha realizado el desarrollo del siguiente documento.

4 Resultados

El celador que trabaja con enfermos terminales, debe interactuar con ellos de una forma muy cercana.

Debe ser consciente de que es una de las personas que les acompañará en sus últimos momentos de vida y que será una parte importante para ayudar a que ese tiempo, sea lo menos doloroso posible, lo más tranquilo y deberá hacerle sentir comprendido y querido.

Una de sus tareas es la de colaborar, generalmente, con los auxiliares de enfermería, en la higiene personal del paciente. Tiene que tener conocimientos de

posturas anatómicas y saber cómo llegar de unas a otras, pero sobre todo, debe hacer sentir al enfermo, que su dignidad no está siendo mermada.

Una de sus tareas, será la de vigilar al paciente constantemente y atenderle las veces que lo demande, mostrando paciencia en todo momento. Si se percatase de cualquier cambio en su salud o aspecto, deberá comunicarlo al personal sanitario. En muchas ocasiones, los cambios posturales, ayudan a minimizar los dolores, con lo cual, una de sus labores será la de colaborar en dichos cambios.

En todo momento brindará al paciente terminal, asistencia personalizada, evitando que pueda sentirse desatendido o solo.

Además del dolor, todo aquello que pueda causarle molestia, debe intentarse cambiar o eliminar. Por ejemplo, si expresa incomodidad por alguna arruga en su cama, o si un exceso o falta de luz en la habitación, le provoca malestar, actuaremos para ofrecerle mayor comodidad.

El paciente permanecerá solo en la habitación, es decir, no compartirá estancia con otro enfermo. El celador debe encargarse de que el ambiente no sea ruidoso y que el entorno permanezca limpio y ordenado, ya que son factores importantes en el proceso de calma.

También, en caso de no poder comer solo, será el celador el que le mantenga alimentado e hidratado.

Una vez llegado el momento del fallecimiento, acompañará a los familiares a la habitación, mostrando siempre educación, respeto, comprensión y mostrándose colaborador. Cuidará que todo sea lo más íntimo posible.

Al celador no se le prepara ni se le exige preparación alguna en cuanto a actuaciones sanitarias ni psicológicas.

Tratar a los pacientes terminales de forma tan personal, íntima y con la empatía que le obligan sus funciones, puede ocasionarle problemas psicológicos como por ejemplo, depresión, ansiedad o estrés.

Tiene que saber reconocer cualquier síntoma y solicitar ayuda médica y terapéutica lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja con pacientes terminales, tiene una relación más personal e íntima con él, que con cualquier otro enfermo, ya que la asistencia sanitaria, debe garantizar que los últimos momentos de vida de una persona con una enfermedad incurable, sean tranquilos, cómodos y sin dolor, dentro de las posibilidades de su afección.

Tratará con él de forma física en cambios posturales, en su alimentación e higiene, pero también en su estado psicológico, haciéndole sentir querido en el final de su enfermedad y de su vida.

Esto puede acarrear para el trabajador un daño psicológico y si no se toman medidas nada más aparecer síntomas, puede degenerar en problemas y enfermedades psicológicas graves.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/enfermos-pacientes-situacion-terminal/>

”ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”

Ocronos. Vol. III. Nº 6 – Octubre 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº6:20

[https://revistamedica.com/factores-riesgos-psicosociales/#::text=Entre%](https://revistamedica.com/factores-riesgos-psicosociales/#::text=Entre%20ellos%20est%C3%A1n%20el%20estr%C3%A9s,los%20tiempos%20de%20trabajo%2C%20etc.)

[20ellos%20est%C3%A1n%20el%20estr%C3%A9s,los%20tiempos%20de%20trabajo%2C%20etc.](https://revistamedica.com/factores-riesgos-psicosociales/#::text=Entre%20ellos%20est%C3%A1n%20el%20estr%C3%A9s,los%20tiempos%20de%20trabajo%2C%20etc.)

”RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL NO SANITARIO”

Ocronos. Vol. IV. Nº 12–Diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº12: 39

Capítulo 695

EL CELADOR Y EL ASEO DEL PACIENTE

DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ

1 Introducción

Entre los hábitos y estilos de vida saludables figura una adecuada higiene para cualquier enfermo; ya se encuentre en su casa u hospitalizado, la higiene adquiere una gran importancia.

Podemos decir que la HIGIENE es un conjunto de actividades que se realizan para aumentar y conservar la salud y prevenir enfermedades.

Distinguimos dos clases de higiene bien diferenciada, la higiene individual (conjunto de normas y hábitos encaminados a conservar la salud de la propia persona) y la higiene social (las normas aplicables a la comunidad), que contribuyen a una salud completa.

En una institución sanitaria, donde el contacto con los enfermos es constante, la higiene es el punto clave que hay que cuidar hasta el más mínimo detalle.

La higiene de los pacientes hospitalizados recae, como normal general, en la figura del auxiliar de enfermería, ayudado por los celadores y bajo la supervisión de la enfermera.

Por este motivo el celador debe conocer los tipos de aseo que se le pueden proporcionar a los pacientes y la forma de realizarlo.

El aseo del paciente es la limpieza y lavado del cuerpo y mucosas externas para proporcionar comodidad, bienestar al paciente, calidad de vida del enfermo, estimular la circulación sanguínea y ayudar al bienestar físico y psíquico del paciente.

2 Objetivos

Explicar las funciones del celador en el aseo del paciente y saber desarrollar cuáles son los cometidos del celador para un aseo satisfactorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos de principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La secuencia a la hora de realizar el baño es enjabonado, enjuagado/aclarado y secado.

Se coloca el celador en un lado de la cama y la auxiliar de enfermería del otro lado.

Se explicará al paciente que se le va a hacer y cómo se va a hacer, pidiendo siempre su colaboración. Garantizando la seguridad del paciente.

El celador debe lavarse las manos previamente y ponerse guantes de un solo uso, antes de comenzar con el aseo del paciente y una vez terminado quitárselos. No procederá al aseo de otro paciente con los mismos guantes.

Se coloca al paciente en la posición adecuada. Como norma general, siempre que no haya contraindicaciones, al paciente se le sitúa en posición decúbito supino para lavar la parte anterior del cuerpo, y en decúbito lateral para el lavado de la parte posterior.

Siempre protegeremos la intimidad del paciente, se pondrá una toalla por encima, dejando solo expuesta la zona del cuerpo a lavar.

Se lava cada zona del cuerpo del paciente una vez, evitando mojar la cama. Seguidamente se secará la parte del cuerpo lavada. Se aprovecha para dar un masaje en las zonas sometidas a presión, mejorando así el riego sanguíneo de la piel.

Se cambiará el agua todas las veces que sea necesario, mientras dure el proceso del aseo del paciente.

Terminando el baño del paciente se vestirá al paciente con el pijama o camisón y se procederá a la realización de la cama.

En el caso de que el paciente tuviera perfusión intravenosa, en el momento de colocarle el camisón o el pijama, se comenzará por el brazo que tiene la venoclisis, pasando la manga por el brazo sobre el sistema y hacia el bote del suero.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver el aseo del paciente no solo sirve para la limpieza de la piel del paciente, sino que también ayuda a mejorar la circulación sanguínea, mejorar la calidad de vida del paciente y sobre todo ayuda al bienestar físico y psíquico del paciente. El celador colabora en ese aseo ayudando a la auxiliar de enfermería y la enfermera en la movilización del paciente, por lo que el celador tiene que saber perfectamente como mover a los pacientes y ser lo mas respetuoso con los pacientes porque el paciente no deja de estar desnudo ante personas extrañas y siente que le invaden su intimidad.

6 Bibliografía

Temario oposición celador año 2019 de la academia Karva.
Fisiostar.com
Pubmed
Medline
Scielo

Capítulo 696

EL TELEFONISTA HOSPITALARIO: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES SOCIALES

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

Antes de la pandemia de COVID-19, el/la Telefonista ya realizaba una labor importante en los hospitales y centros sanitarios. Pero con la aparición del virus y para minimizar los riesgos de contagios, la atención sanitaria telefónica, aumentó en detrimento de la presencial. Pero este tipo de trato o comunicación es más impersonal y tiende a hacer sentirse al usuario/paciente, infravalorado a la hora de recibir asistencia sanitaria.

Las agresiones verbales a este tipo de trabajador han aumentado de una forma exponencial y con ello, el absentismo, las bajas laborales, el estrés, la ansiedad, etc., y en muchos casos, han llegado a sufrir de depresión.

El/la Telefonista hospitalario/a, puede desarrollar como defensa, la despersonalización y cosificación de los pacientes/usuarios, convirtiendo su trato a los mismos, en más lejano, falta de empatía, incluso en desagradable o agresivo.

Si ya de por sí, la situación de la pandemia es preocupante y el número de decesos muy elevado, la falta de asistencia presencial, no ha ayudado a reducir el nerviosismo social.

A continuación, vamos a enumerar de forma breve, los conocimientos generales con los que debe contar el trabajador hospitalario no sanitario, de la categoría profesional de Telefonista, así como las habilidades sociales, a utilizar como herramientas, en esta época, imprescindibles. También las leyes a cumplir en su labor diaria.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden enumerar y explicar de forma breve, los conocimientos y habilidades con los que debe contar el/la Telefonista, que trabaja en sanidad, así como las leyes que debe conocer y cumplir en su labor.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en PubMed y SCielo, por ejemplo y en plataformas de internet. Se ha hecho una revisión sistemática de todo lo extraído, se han tomado los datos más importantes y se ha llegado a la redacción de este documento.

4 Resultados

Conocimientos del Telefonista hospitalario:

- Editores de texto más usados: Word, Excel y Access.
- Saber utilizar los programas y aplicaciones informáticas, utilizados en la gerencia hospitalaria en la que trabaja.
- Rapidez y destreza en la escritura en teclados.
- Utilización de centralitas.
- Utilización de correo electrónico.

Habilidades sociales:

- Paciencia, educación y empatía.
- Capacidad de reacción.
- Saber detectar, según el tono, volumen o forma de hablar de un usuario, la irritabilidad, enfado, frustración o agresividad.
- Conocimiento de conducción de conversaciones tensas a la tranquilidad.

- Utilización correcta del lenguaje.
- Facilidad de expresión, adaptándose al tipo de usuario con el que habla, gracias a la intuición.

Conocimiento de leyes:

- (Cito textualmente) "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales".
- (Cito textualmente) "Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud".
- (Cito textualmente) "Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica".
- (Cito textualmente) "Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud".

Debe tener claro, que en caso de faltar a alguna de estas leyes, órdenes o estatutos, declarar su desconocimiento no exime del cumplimiento de las mismas o de recibir posibles sanciones, apercibimientos o penas.

También, es importante que conozca los riesgos de su actividad, tanto físicos como psicológicos. El conocimiento de técnicas ergonómicas en la realización de su trabajo, que le obliga a permanecer en la misma postura durante horas, y de terapias que le ayuden a desconectar mentalmente, una vez acabada su jornada laboral, ayudarán en gran medida a la preservación de su salud, tanto mental, como física.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de Telefonista en el Sistema Nacional de Salud, ha pasado de ser algo complementario a la asistencia presencial, al más utilizado en la interacción usuario/paciente y servicios sanitarios, debido a la pandemia de la COVID-19.

Con este tipo de comunicación, se pierde gran parte del contacto personal y el usuario/paciente puede llegar a sentirse infravalorado.

El/la Telefonista hospitalario/a, debe ser conocedor de los programas y aplicaciones a utilizar en su labor y de la centralita, pero también contará con habilidades sociales, a la hora de manejar conversaciones y de llevar aquellas difíciles,

a la tranquilidad.

Es sumamente importante que conozca las leyes a las que debe acogerse en cuanto al trato de datos personales y sanitarios.

6 Bibliografía

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

”Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.

«BOE» núm. 274, de 15/11/2002 https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-1200#:text=El%20art%C3%ADculo%207.1%20de%20esta,autorizaci%C3%B3n%20amparada%20en%20la%20Ley.%C2%BB

”Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud”.

«BOE» núm. 31, de 6 de febrero de 2017, páginas 8277 a 8289 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

”Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”

«BOE» núm. 294, de 06/12/2018

”<https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/#:text=El%20telefonista%20del%20sistema%20sanitario,usuario%20o%20la%20cita%20previa>

”PRINCIPALES FUNCIONES DEL TELEFONISTA DEL SISTEMA SANITARIO”
Ocronos. Vol. V. Nº 4–Abril 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº4: 97

Capítulo 697

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA

CRISTINA MORA GALÁN

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CORNELIA ANA BISU

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

1 Introducción

La función del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia es de vital importancia para garantizar el correcto funcionamiento y la eficiencia de este sector crucial en el ámbito de la atención médica y la salud. La labor del auxiliar administrativo abarca una serie de tareas y responsabilidades que contribuyen a mantener un flujo de trabajo ordenado y eficaz dentro de la farmacia.

Esta introducción se enfocará en explorar el papel esencial que desempeña el auxiliar administrativo en el servicio de farmacia, destacando sus responsabilidades clave y su impacto en el proceso general de atención al paciente y distribución de medicamentos. Además, se analizarán las habilidades y conocimientos necesarios para desempeñar con éxito esta función, así como los beneficios de contar con un auxiliar administrativo competente en este entorno.

A lo largo del desarrollo de este tema, se abordarán aspectos como la gestión de inventario, la atención al cliente, la coordinación con proveedores, la organización

de registros y la colaboración con el personal de salud. También se examinará cómo las capacidades administrativas del auxiliar contribuyen a mantener altos estándares de seguridad en la dispensación de medicamentos y a optimizar la operación diaria de la farmacia.

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña una función esencial en el servicio de farmacia al asumir diversas responsabilidades que van más allá de la simple gestión de documentos. Su capacidad para mantener un entorno organizado y eficiente contribuye significativamente a la atención de calidad que se brinda a los pacientes y al funcionamiento fluido de todo el sistema de atención médica.

2 Objetivos

- explorar el papel esencial que desempeña el auxiliar administrativo en el servicio de farmacia
- gestión de inventario, la atención al cliente, la coordinación con proveedores, la organización de registros y la colaboración con el personal de salud

3 Metodología

Para la realización de la presente comunicación, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia conlleva una serie de resultados clave que impactan directamente en la eficiencia operativa y la calidad de atención. A continuación, se presentan algunos de los resultados más destacados asociados a esta función:

1. Gestión Eficiente del Inventario: El auxiliar administrativo es responsable de mantener un control preciso del inventario de medicamentos y suministros en la farmacia. Esto garantiza que los medicamentos estén disponibles cuando sean necesarios, evitando agotamientos y excesos, lo que a su vez contribuye a una distribución oportuna y un uso adecuado de los recursos.

2. **Atención al Cliente de Calidad:** El auxiliar administrativo interactúa directamente con los pacientes y clientes, brindando información sobre medicamentos, indicaciones y posibles efectos secundarios. Una atención al cliente amable, precisa y comprensiva mejora la experiencia del paciente y fomenta la confianza en la farmacia.
3. **Organización y Mantenimiento de Registros:** Mantener registros precisos y actualizados es esencial para garantizar la trazabilidad de los medicamentos y el cumplimiento normativo. El auxiliar administrativo se encarga de mantener archivos organizados y registros detallados de transacciones y dispensaciones.
4. **Coordinación con Proveedores:** El auxiliar administrativo colabora con proveedores para garantizar la adquisición oportuna de medicamentos y suministros. Una comunicación eficiente con los proveedores asegura que la farmacia esté abastecida de manera constante y que se obtengan los mejores acuerdos comerciales.
5. **Optimización de Procesos:** A través de la aplicación de habilidades administrativas, el auxiliar contribuye a identificar oportunidades de mejora en los procesos internos de la farmacia. La implementación de métodos más eficientes puede reducir los tiempos de espera, minimizar errores y agilizar las operaciones diarias.
6. **Cumplimiento Normativo y Seguridad:** El auxiliar administrativo se asegura de que la farmacia cumpla con todas las regulaciones y normativas relacionadas con la dispensación y el almacenamiento de medicamentos. Esto es esencial para garantizar la seguridad del paciente y prevenir problemas legales.
7. **Colaboración Interdepartamental:** El auxiliar trabaja en estrecha colaboración con el personal de salud, como farmacéuticos y técnicos de farmacia, para garantizar una comunicación fluida y una distribución precisa de medicamentos. Esta colaboración promueve la atención integral y la seguridad del paciente.
8. **Contribución a la Rentabilidad:** La gestión eficiente del inventario y la administración adecuada de los recursos ayudan a optimizar los costos operativos de la farmacia, lo que a su vez puede tener un impacto positivo en la rentabilidad del negocio.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia es fundamental para el funcionamiento eficiente y efectivo de este entorno vital en el ámbito de la atención médica. A través de una variedad de responsabilidades y tareas, el auxiliar administrativo contribuye de manera significativa a la calidad de la atención al paciente, la gestión de recursos y la seguridad en la dispensación

de medicamentos.

La gestión precisa del inventario, la atención al cliente de calidad, la coordinación con proveedores, la organización y el mantenimiento de registros, así como la optimización de procesos, son solo algunas de las áreas donde el auxiliar administrativo marca la diferencia. Su labor no solo facilita la accesibilidad a los medicamentos necesarios para los pacientes, sino que también colabora con el personal de salud para asegurar una atención integral y segura.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 698

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU TRABAJO EN LAS SECRETARÍAS HOSPITALARIAS

CRISTINA MORA GALÁN

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CORNELIA ANA BISU

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

1 Introducción

La labor del auxiliar administrativo en el contexto de las secretarías hospitalarias desempeña un papel crucial en el funcionamiento eficiente y coordinado de los servicios de salud. Las secretarías hospitalarias son unidades administrativas vitales en los hospitales y centros de atención médica, encargadas de gestionar la comunicación, la organización de información y la coordinación interna.

En esta introducción, exploraremos el papel fundamental que desempeña el auxiliar administrativo en las secretarías hospitalarias. Analizaremos cómo su trabajo contribuye a mantener la fluidez de la comunicación entre los distintos departamentos, a gestionar la documentación esencial y a apoyar el proceso de toma de decisiones en el entorno médico. Además, destacaremos la importancia de las

habilidades administrativas y de organización que el auxiliar debe poseer para cumplir con éxito sus responsabilidades en este contexto.

A lo largo del desarrollo de este tema, examinaremos cómo el auxiliar administrativo en las secretarías hospitalarias interactúa con médicos, enfermeros, administradores y pacientes para garantizar un entorno de trabajo coordinado y eficiente. También analizaremos cómo su capacidad para mantener registros precisos, manejar la comunicación y realizar tareas administrativas contribuye directamente a la calidad de atención al paciente y al funcionamiento general del hospital.

En resumen, el auxiliar administrativo en las secretarías hospitalarias juega un papel esencial en el engranaje que mantiene en marcha el sistema de atención médica. Su trabajo de apoyo administrativo y organizativo es vital para asegurar que la información fluya sin problemas, que las decisiones se tomen de manera informada y que los pacientes reciban la atención de alta calidad que merecen. En las secciones siguientes, profundizaremos en las responsabilidades específicas y los impactos del trabajo del auxiliar administrativo en este entorno hospitalario crucial.

2 Objetivos

- Mantener la fluidez de la comunicación entre los distintos departamentos
- Gestionar la documentación esencial y apoyar el proceso de toma de decisiones en el entorno médico

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Realizando una búsqueda sistemática de libros consultándose también artículos en las principales bases de datos; Medline, scielo, scribd, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas.

4 Resultados

El rol del auxiliar administrativo en las secretarías hospitalarias conlleva una serie de resultados esenciales que contribuyen al funcionamiento eficiente y co-

ordinado de los servicios de salud. A continuación, se presentan algunos de los resultados más destacados asociados a esta función:

1. **Fluidez en la Comunicación:** El auxiliar administrativo actúa como un punto central de comunicación entre diferentes departamentos y equipos médicos en el hospital. Su capacidad para gestionar y transmitir información de manera efectiva garantiza que todos estén al tanto de las actualizaciones médicas, citas, procedimientos y cambios en el plan de atención del paciente.
2. **Organización de Documentación:** Mantener registros y documentación precisa es fundamental en el entorno hospitalario. El auxiliar administrativo es responsable de mantener archivos organizados y accesibles, lo que facilita la recuperación de información crítica en momentos cruciales y evita confusiones en el tratamiento de los pacientes.
3. **Coordinación de Citas y Programación:** El auxiliar ayuda a programar y coordinar citas médicas y procedimientos, asegurando que los horarios de los pacientes y los médicos se sincronicen de manera eficiente. Esto reduce los tiempos de espera y mejora la gestión del tiempo tanto para el personal médico como para los pacientes.
4. **Apoyo a la Toma de Decisiones:** Proporciona información relevante y actualizada a los médicos y administradores, lo que les permite tomar decisiones informadas sobre la atención de los pacientes, la asignación de recursos y la planificación de servicios médicos.
5. **Mejora de la Experiencia del Paciente:** El auxiliar administrativo en las secretarías hospitalarias juega un papel fundamental en la experiencia general del paciente. Al gestionar las citas, proporcionar información clara y brindar asistencia amable, contribuye a que los pacientes se sientan bien atendidos y comprendidos.
6. **Eficiencia en la Facturación y el Seguro:** El auxiliar administra los registros financieros y asegura que la facturación sea precisa y oportuna. Además, ayuda a los pacientes a comprender sus opciones de seguro y a resolver cualquier problema relacionado con los pagos.
7. **Colaboración Interdepartamental:** Trabaja en estrecha colaboración con médicos, enfermeros, administradores y otros miembros del personal de salud para asegurarse de que la información se comparta adecuadamente y que los pacientes reciban la atención necesaria en el momento adecuado.
8. **Confidencialidad y Cumplimiento Normativo:** El auxiliar administrativo se asegura de que se cumplan todas las regulaciones de privacidad y confidencialidad en el manejo de la información médica y personal de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en las secretarías hospitalarias al contribuir de manera significativa al funcionamiento integral y coordinado de los servicios de salud. Su labor de apoyo administrativo y organizativo tiene un impacto directo en la eficiencia, la comunicación efectiva y la calidad de atención al paciente en el entorno hospitalario.

La capacidad del auxiliar administrativo para mantener registros precisos, gestionar la documentación, coordinar citas y proporcionar asistencia amable no solo facilita la operación interna del hospital, sino que también mejora la experiencia general del paciente. Además, al trabajar en colaboración con médicos, enfermeros y administradores, el auxiliar asegura que la información fluya sin problemas entre los diferentes departamentos, lo que a su vez favorece la toma de decisiones informadas y la planificación de servicios médicos.

La confidencialidad y el cumplimiento normativo son aspectos críticos en el manejo de la información médica y personal de los pacientes, y el auxiliar administrativo es responsable de garantizar que se cumplan todas las regulaciones pertinentes en este sentido.

En última instancia, el auxiliar administrativo en las secretarías hospitalarias es un engranaje esencial en la maquinaria que permite que los hospitales operen de manera eficiente y brinden una atención médica de alta calidad. Su trabajo detrás de escena, aunque a menudo poco visible, es una parte integral del sistema de atención médica y contribuye al bienestar de los pacientes, al funcionamiento ordenado del hospital y a la coordinación exitosa entre los equipos médicos y administrativos.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 699

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA BOLSA QUIRÚRGICA

CRISTINA MORA GALÁN

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CORNELIA ANA BISU

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

1 Introducción

La gestión eficiente de la bolsa quirúrgica es un aspecto crucial en cualquier entorno hospitalario o clínica. La bolsa quirúrgica contiene una variedad de suministros y equipos médicos necesarios para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos de manera segura y exitosa. En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental al coordinar y supervisar la gestión de la bolsa quirúrgica, asegurando que los suministros estén disponibles en el momento adecuado y en las cantidades necesarias para satisfacer las demandas de la sala de operaciones.

La gestión de la bolsa quirúrgica abarca diversos aspectos, desde la planificación y el abastecimiento hasta el seguimiento y la actualización constante. El auxiliar

administrativo es el encargado de mantener una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería, así como con los proveedores de suministros médicos, con el objetivo de garantizar que la bolsa quirúrgica esté siempre completa y lista para su uso.

En el transcurso de esta exploración, analizaremos en detalle las funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo en relación con la gestión de la bolsa quirúrgica. Su labor en esta área es esencial para optimizar la eficiencia de los procedimientos quirúrgicos, mejorar la seguridad del paciente y contribuir al funcionamiento sin contratiempos de la institución médica.

2 Objetivos

- Funciones de interacción por parte del auxiliar administrativo con el resto de personal médico
- Gestión de la bolsa quirúrgica por parte del auxiliar administrativo.
- Control de procedimientos quirúrgicos por parte del auxiliar administrativo

3 Metodología

Para la realización de la presente comunicación, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La labor del auxiliar administrativo en la gestión de la bolsa quirúrgica arroja resultados valiosos que impactan en la eficiencia de los procedimientos quirúrgicos y en la calidad de la atención médica en general. Algunos de los resultados clave que se obtienen de su desempeño en este ámbito son los siguientes:

- Optimización de Suministros: El auxiliar administrativo trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para mantener un inventario preciso de los suministros quirúrgicos. Como resultado, se asegura de que los

suministros necesarios estén disponibles en la cantidad adecuada y en el momento oportuno, evitando interrupciones y demoras en los procedimientos.

- Reducción de Desechos: Una gestión eficiente de la bolsa quirúrgica implica evitar el exceso de suministros y la acumulación de materiales no utilizados. El auxiliar administrativo contribuye a reducir los desperdicios y los costos al monitorizar el consumo de suministros y ajustar los pedidos según las necesidades reales.
- Flujo de Trabajo Mejorado: La disponibilidad constante de suministros y equipos quirúrgicos permite que el personal médico y de enfermería trabaje de manera fluida y sin interrupciones durante los procedimientos. Esto se traduce en un flujo de trabajo más eficiente y en una mayor productividad en la sala de operaciones.
- Mayor Seguridad del Paciente: La gestión adecuada de la bolsa quirúrgica asegura que los equipos y los instrumentos necesarios estén a mano cuando se necesiten. Esto contribuye directamente a la seguridad del paciente al minimizar el tiempo necesario para buscar o esperar suministros críticos durante el procedimiento.
- Satisfacción del Personal Médico: Un suministro constante y oportuno de equipos y suministros quirúrgicos crea un entorno en el que el personal médico puede concentrarse en su trabajo sin preocuparse por la disponibilidad de recursos. Esto conduce a una mayor satisfacción laboral y puede contribuir a una atención de mayor calidad.
- Eficiencia en la Planificación: El auxiliar administrativo mantiene registros actualizados sobre el uso de suministros y la demanda de la bolsa quirúrgica. Esta información permite una planificación más precisa de las compras y la gestión de inventarios, evitando escasez o exceso de suministros.
- Colaboración Interdepartamental: La comunicación constante entre el auxiliar administrativo y el personal médico, de enfermería y de suministros fomenta una colaboración efectiva entre diferentes áreas del hospital o clínica. Esto contribuye a un entorno de trabajo más armonioso y a una atención integral para los pacientes.

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la gestión de la bolsa quirúrgica al asegurarse de que los suministros y equipos estén disponibles y listos para su uso. Los resultados positivos de su labor incluyen una mayor eficiencia en los procedimientos quirúrgicos, una mayor seguridad del pa-

ciente, una colaboración interdepartamental más sólida y una planificación más precisa de los suministros. Estos resultados se traducen en una atención médica de mayor calidad y en una experiencia mejorada tanto para el personal médico como para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la gestión de la bolsa quirúrgica es un componente esencial para garantizar el éxito de los procedimientos quirúrgicos y la eficiencia en el entorno hospitalario. La gestión eficiente de los suministros y equipos quirúrgicos no solo beneficia al personal médico y de enfermería, sino que también tiene un impacto directo en la seguridad y el bienestar de los pacientes.

La labor del auxiliar administrativo en esta área abarca desde la planificación y el abastecimiento hasta el monitoreo constante y la coordinación con proveedores. Su capacidad para mantener un inventario adecuado, anticipar las necesidades y asegurarse de que los suministros estén disponibles en el momento adecuado contribuye a un flujo de trabajo fluido y a la optimización de los recursos.

Además de su papel operativo, el auxiliar administrativo también fomenta la comunicación efectiva y la colaboración entre diferentes departamentos, lo que fortalece la sinergia dentro del entorno hospitalario. La gestión adecuada de la bolsa quirúrgica no solo reduce el estrés y la incertidumbre en la sala de operaciones, sino que también respalda la seguridad del paciente al garantizar que los suministros cruciales estén al alcance cuando sean necesarios.

En última instancia, el trabajo del auxiliar administrativo en la gestión de la bolsa quirúrgica contribuye a la misión más amplia de brindar una atención médica de calidad y segura. Al asegurarse de que los recursos estén disponibles y que los procedimientos se desarrollen sin problemas, el auxiliar administrativo se convierte en un eslabón clave en la cadena de atención médica. Su compromiso con la eficiencia, la planificación y la colaboración resulta en un entorno de trabajo más armonioso y en una atención óptima para los pacientes que confían en los servicios médicos ofrecidos por la institución.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 700

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE RADIOTERAPIA HOSPITALARIA

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

CRISTINA GALAN SANANDRES

1 Introducción

La radioterapia hospitalaria es un componente esencial en el tratamiento del cáncer y otras enfermedades, que utiliza radiación ionizante para destruir o dañar células cancerosas y reducir su crecimiento. Esta forma de tratamiento se lleva a cabo en un entorno hospitalario altamente especializado y está diseñada para ser precisa y efectiva en la destrucción de células malignas, minimizando al mismo tiempo el daño a las células normales circundantes.

En la radioterapia hospitalaria, se utiliza equipamiento avanzado como aceleradores lineales y sistemas de planificación de dosis para administrar la radiación de manera controlada y precisa. Los pacientes son sometidos a sesiones de tratamiento regulares durante un período de tiempo específico, determinado por el tipo y la etapa del cáncer.

El equipo médico que trabaja en el área de radioterapia incluye oncólogos radioterapeutas, radioterapeutas y físicos médicos, entre otros profesionales de la salud. Los oncólogos radioterapeutas son responsables de planificar y supervisar el tratamiento, mientras que los radioterapeutas operan los equipos y administran la radiación siguiendo las pautas establecidas.

La radioterapia hospitalaria puede ser utilizada como tratamiento principal o combinada con otras modalidades como la cirugía o la quimioterapia. Su objetivo es eliminar o reducir tumores cancerosos, aliviar síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. A lo largo del proceso, se lleva a cabo una cuidadosa monitorización para evaluar la respuesta del paciente y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Si bien la radioterapia ofrece beneficios significativos en la lucha contra el cáncer, también puede tener efectos secundarios, como fatiga y irritación en la piel en el área tratada. Los pacientes son cuidadosamente informados sobre los posibles riesgos y efectos antes de comenzar el tratamiento.

La radioterapia hospitalaria desempeña un papel vital en el manejo del cáncer y otras enfermedades, utilizando radiación controlada para eliminar células malignas. Con un equipo médico altamente capacitado y tecnología avanzada, esta modalidad de tratamiento contribuye significativamente a la lucha contra el cáncer y al bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de radioterapia hospitalaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación de revisión bibliográfica se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, después se ha procedido a seleccionar las publicaciones que se han adaptado mejor a nuestra intención.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el servicio de radioterapia al contribuir a la gestión eficiente y coordinada de todas las actividades administrativas relacionadas con el tratamiento de pacientes que requieren radioterapia. Sus funciones abarcan una serie de responsabilidades que son fundamentales para el buen funcionamiento de este servicio especializado.

Una de las principales responsabilidades del auxiliar administrativo es la coordinación de citas y horarios para los pacientes que recibirán tratamientos de radioterapia. Esto implica programar las sesiones de manera adecuada para optimizar el uso de los equipos y minimizar las esperas para los pacientes. Además, deben mantener registros precisos de las citas y estar en contacto con los pacientes para recordarles sus compromisos.

La gestión de la documentación es otro aspecto clave. El auxiliar administrativo es responsable de mantener registros detallados y actualizados de los pacientes que se someten a tratamientos de radioterapia. Esto incluye la preparación y archivo de historias clínicas, informes de tratamiento y cualquier otra documentación relevante para el proceso. La precisión y organización de estos registros son esenciales para garantizar la continuidad y calidad de la atención.

La comunicación con los pacientes es fundamental. El auxiliar administrativo debe responder preguntas de los pacientes sobre los procedimientos, efectos secundarios y pautas pre y post tratamiento. Brindar información clara y precisa ayuda a los pacientes a sentirse informados y tranquilos durante su proceso de tratamiento.

Además, el auxiliar puede colaborar en la gestión financiera, verificando la elegibilidad del seguro médico de los pacientes, generando facturas y coordinando los pagos. Esto asegura que los aspectos financieros estén en orden y que los pacientes estén al tanto de los costos asociados.

La colaboración con el equipo médico también es importante. El auxiliar administrativo puede asistir en la coordinación de recursos y suministros necesarios para los tratamientos de radioterapia, asegurando que estén disponibles y en buen estado.

El auxiliar administrativo en el servicio de radioterapia desempeña un papel crucial en la coordinación de citas, el manejo de documentación, la comunicación con los pacientes y la gestión financiera. Su labor contribuye directamente al

funcionamiento eficiente del servicio y al bienestar de los pacientes que buscan tratamientos de radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

Para lograr un buen funcionamiento administrativo del servicio de radioterapia hospitalaria, es esencial establecer procesos organizados y eficientes. Coordinar cuidadosamente las citas y horarios de los pacientes, mantener registros detallados y actualizados, así como ofrecer una comunicación clara con los pacientes sobre procedimientos y pautas, son aspectos clave. Colaborar estrechamente con el equipo médico y técnico, y verificar la elegibilidad del seguro médico para una facturación precisa, también son fundamentales. Mantener una actitud profesional, empática y eficaz en todas las interacciones, desde la recepción hasta la despedida, garantiza una experiencia positiva para los pacientes y un flujo de trabajo armonioso en el servicio de radioterapia.

6 Bibliografía

Ruiz, M. E. D. C. C., Flores, J. G. M., Pérez, A. S., Maldonado, V. I. M., Gómez, A. N. Z., & Cervantes, E. J. M. L. Dirección de Hospitales.

Capítulo 701

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

CRISTINA GALAN SANANDRES

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

1 Introducción

La quimioterapia hospitalaria es un componente vital en el tratamiento del cáncer y otras enfermedades graves. Consiste en la administración de medicamentos que atacan y destruyen células cancerosas o impiden su crecimiento. Esta terapia se realiza en un entorno hospitalario especializado y es supervisada por un equipo médico altamente capacitado.

Los medicamentos utilizados en la quimioterapia son diseñados para dañar específicamente las células que se dividen rápidamente, lo que incluye a las células cancerosas. Sin embargo, también pueden afectar a células sanas que se dividen con rapidez, lo que puede causar efectos secundarios. El equipo médico trabaja para equilibrar los beneficios del tratamiento con la gestión de los posibles efectos adversos.

El proceso de quimioterapia hospitalaria involucra la administración de medicamentos por vía intravenosa, oral o incluso inyectable. La frecuencia y duración del tratamiento varían según el tipo de cáncer y el plan de tratamiento individualizado para cada paciente.

Los profesionales que trabajan en la administración de quimioterapia incluyen oncólogos médicos, enfermeras especializadas en oncología y personal de apoyo. Los oncólogos determinan el plan de tratamiento y supervisan su ejecución, mientras que las enfermeras se encargan de administrar los medicamentos y monitorear la respuesta del paciente. El equipo también proporciona apoyo emocional y educación al paciente y su familia sobre el tratamiento y los efectos secundarios.

La quimioterapia hospitalaria puede ser parte de un enfoque integral de tratamiento que también incluye cirugía, radioterapia u otras terapias. El objetivo principal es eliminar o controlar el cáncer, así como mejorar la calidad de vida del paciente.

La quimioterapia hospitalaria es una herramienta vital en la lucha contra el cáncer y otras enfermedades graves. Realizada en un entorno hospitalario especializado, requiere un equipo médico multidisciplinario para administrar cuidadosamente los medicamentos y brindar apoyo integral al paciente. Su contribución es crucial para la gestión y tratamiento de estas enfermedades, ayudando a los pacientes en su camino hacia la recuperación.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de quimioterapia hospitalaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación de revisión bibliográfica se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, después se ha procedido a seleccionar las publicaciones que se han adaptado mejor a nuestra intención.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de quimioterapia hospitalaria desempeña un rol esencial para asegurar el funcionamiento fluido y eficiente de esta área crucial. Sus funciones abarcan diversas responsabilidades que son fundamentales para el bienestar de los pacientes y el apoyo al equipo médico.

Uno de los roles clave del auxiliar administrativo es la coordinación de citas y horarios para los pacientes que recibirán quimioterapia. Esto incluye programar sesiones de tratamiento de acuerdo con la disponibilidad de los pacientes y los espacios del servicio. Una programación adecuada ayuda a reducir las esperas y garantiza una utilización eficiente de los recursos.

Además, el auxiliar administrativo es responsable de mantener registros precisos y detallados de los pacientes que están en tratamiento de quimioterapia. Esto incluye mantener actualizadas las historias clínicas, los informes de tratamiento y otra documentación relevante. La exactitud en los registros es crucial para garantizar una atención de calidad y la continuidad del tratamiento.

La comunicación con los pacientes es otro aspecto fundamental. El auxiliar administrativo debe responder preguntas sobre el proceso de quimioterapia, brindar instrucciones pre y post tratamiento, y ofrecer información general para tranquilizar y empoderar a los pacientes.

El auxiliar también puede colaborar en la gestión financiera, verificando la elegibilidad del seguro médico de los pacientes, generando facturas y coordinando los pagos. Esto asegura que los aspectos financieros estén en orden y que los pacientes estén informados sobre los costos.

La colaboración con el equipo médico y de enfermería es esencial. El auxiliar administrativo puede ayudar en la coordinación de recursos y suministros necesarios para el tratamiento de quimioterapia, asegurando que estén disponibles y en buen estado.

El auxiliar administrativo en el servicio de quimioterapia hospitalaria desempeña un papel crucial en la programación de citas, el mantenimiento de registros, la comunicación con los pacientes y la gestión financiera. Su labor contribuye directamente al funcionamiento efectivo del servicio y al bienestar de los pacientes que buscan tratamientos de quimioterapia.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar una administración efectiva en el servicio de quimioterapia hospitalaria, se recomienda coordinar citas con precisión, mantener registros actualizados, brindar información clara a los pacientes y colaborar estrechamente con el equipo médico. La comunicación transparente con los pacientes, la verificación de seguros y la facturación precisa son esenciales. La eficiencia en la gestión de recursos y suministros también contribuye al buen funcionamiento. Mantener una actitud empática y profesional en todas las interacciones promueve la confianza y la comodidad de los pacientes. La formación continua y la actualización en las mejores prácticas administrativas aseguran un servicio de quimioterapia hospitalaria de calidad, apoyando tanto a pacientes como al equipo médico en su viaje hacia la recuperación.

6 Bibliografía

Ruiz, M. E. D. C. C., Flores, J. G. M., Pérez, A. S., Maldonado, V. I. M., Gómez, A. N. Z., & Cervantes, E. J. M. L. Dirección de Hospitales.

Capítulo 702

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE URGENCIAS NEONATAS HOSPITALARIA

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

CRISTINA GALAN SANANDRES

1 Introducción

Las urgencias neonatales se refieren a situaciones médicas críticas que afectan a los recién nacidos, desde el momento del nacimiento hasta las primeras cuatro semanas de vida. Estas emergencias pueden surgir debido a complicaciones durante el parto, problemas de salud preexistentes en el neonato o factores que se manifiestan poco después del nacimiento.

Algunas de las urgencias neonatales comunes incluyen la dificultad para respirar (disnea), la cianosis (coloración azulada de la piel debido a la falta de oxígeno), la hipoglucemia (niveles bajos de azúcar en sangre), convulsiones, ictericia severa, sepsis neonatal y trastornos metabólicos.

La identificación temprana y la intervención adecuada son críticas en las urgencias neonatales, ya que los recién nacidos son particularmente vulnerables debido a su inmaduro sistema inmunológico y otras adaptaciones fisiológicas en desarrollo. El personal médico y de enfermería en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) está altamente capacitado para tratar estas emergencias.

El diagnóstico y manejo de urgencias neonatales puede requerir pruebas diagnósticas como análisis de sangre, radiografías y ecografías. Los médicos también pueden administrar medicamentos y brindar soporte respiratorio, circulatorio y metabólico según sea necesario.

La prevención es fundamental en la reducción de las urgencias neonatales, lo que destaca la importancia del cuidado prenatal y la atención médica adecuada durante el embarazo. También es crucial para los padres estar educados sobre los signos de emergencia en los recién nacidos y buscar atención médica de inmediato si surgen preocupaciones.

Las urgencias neonatales son situaciones médicas críticas que afectan a los recién nacidos en sus primeras semanas de vida. La atención médica especializada y la identificación temprana son esenciales para abordar estas emergencias y asegurar la salud y bienestar de los neonatos.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de urgencias neonatas hospitalarias.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación de revisión bibliográfica se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, después se ha procedido a seleccionar las publicaciones que se han adaptado mejor a nuestra intención.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el entorno de urgencias neonatales al apoyar en la gestión administrativa y logística de este ambiente crítico y delicado. Sus funciones abarcan una serie de responsabilidades que contribuyen al funcionamiento eficiente y al cuidado de los recién nacidos en situaciones de emergencia.

Una de las funciones clave del auxiliar administrativo es la coordinación de la admisión de los pacientes neonatales en emergencia. Esto implica asegurarse de que los registros médicos estén en orden, completar la información necesaria y registrar los datos de ingreso. Una admisión eficiente es esencial para comenzar la atención médica rápidamente.

Además, el auxiliar administrativo puede colaborar en la programación de citas y la asignación de recursos en función de la gravedad del caso. Asegurarse de que haya camas disponibles, que los médicos estén informados y que las familias reciban orientación son aspectos fundamentales.

La gestión de documentación también es crucial. El auxiliar administrativo debe mantener registros precisos y actualizados de los pacientes neonatales en emergencia, incluyendo informes médicos, datos de contacto de los padres y cualquier otra información relevante. Un registro detallado es esencial para garantizar una atención efectiva y la comunicación con el equipo médico.

El auxiliar administrativo puede ser el punto de contacto para las familias de los recién nacidos en situación de emergencia, brindando información y orientación. La empatía y la comunicación clara son esenciales para ayudar a las familias a comprender la situación y sentirse apoyadas.

Colaborar con el personal médico y de enfermería en la coordinación de recursos y suministros es otra función importante. Asegurarse de que los equipos necesarios estén disponibles y en buen estado es esencial para una atención de emergencia efectiva.

El auxiliar administrativo en el entorno de urgencias neonatales desempeña un rol integral en la coordinación de admisiones, la gestión de documentación, la comunicación con las familias y la colaboración con el equipo médico. Su labor eficiente y organizada contribuye directamente al funcionamiento efectivo de las urgencias neonatales, asegurando una atención de calidad en situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un funcionamiento óptimo en el servicio de urgencias neonatales, se recomienda una coordinación efectiva de admisiones, manteniendo registros precisos y actualizados de los pacientes. Proporcionar información clara y compasiva a las familias, junto con una comunicación fluida con el equipo médico, es esencial. Colaborar en la gestión de recursos y suministros garantiza una atención eficaz. Mantener un ambiente organizado y eficiente para recibir a los recién nacidos en emergencia, con procesos claros y protocolos establecidos, es fundamental para ofrecer una atención de calidad. La formación continua en la administración de emergencias neonatales y la empatía en todas las interacciones también son clave para asegurar el bienestar de los pacientes y sus familias.

6 Bibliografía

Ruiz, M. E. D. C. C., Flores, J. G. M., Pérez, A. S., Maldonado, V. I. M., Gómez, A. N. Z., & Cervantes, E. J. M. L. Dirección de Hospitales.

Capítulo 703

OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN SANITARIA

SONIA ABAD CORTES

1 Introducción

La comunicación es el acto de transmitir y recibir un mensaje, esta se aprende desde pequeño. Existen tres tipos de comunicación la oral, la gestual y la escrita. La comunicación es una de las habilidades mas valoradas en el ámbito laboral, ya que a través de ella nos relacionamos unos con otros, interactuando y desarrollando relaciones positivas, que mejoran el rendimiento y los objetivos que previamente hemos establecido.

Los propósitos de la comunicación son muy diversos, pero los mas importantes son el de informar, persuadir e investigar.

La comunicación facilita la circulación de la información, pero en algunas ocasiones esta se ve alterada por barreras, que dificultan la transmisión correcta del mensaje, pudiendo dar lugar a malentendidos y distorsiones.

Para que se establezca una comunicación será necesario, un emisor, un receptor, un canal y código común.

El emisor es la persona que emite el mensaje, él elegirá la forma mas adecuada de hacerlo, el receptor lo recibirá a través de un canal(medio físico a través del cual se transmite y se recibe el mensaje) y para que este mensaje sea entendible por ambas partes tendrán que usar un código común. Si cualquiera de las partes que conforman la comunicación se altera da lugar a una distorsión del mensaje.

2 Objetivos

Los objetivos son:

- ☒Exponer los tipos de obstáculos que se dan en una comunicación y sus causas.
- ☒Explicar las medidas preventivas necesarias para que no existan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar.

Se ha utilizado las palabras claves “ comunicación”, “escucha activa”, “ barreras de la comunicación” y también se han consultado artículos relacionados con el tema.

4 Resultados

La comunicación es un intercambio de información de una persona a otra, esta puede darse de tres formas:

- 1.Oral
- 2.Escrita
- 3.Otras señales, gestual

Los elementos que componen la comunicación son el emisor, el receptor, el canal,y el código..

Todo individuo puede comunicar, pero no todos los hacen de la forma mas efectiva, esto sucede cuando cualquiera de los elemento que la componen se altera y da lugar a la aparición de diferentes barreras, que impiden el buen desarrollo de la misma, distorsionando el mensaje final.

Para poder hablar de una comunicación eficiente en la que no existan obstáculos o que los que puedan aparecer sean mínimos y subsanables, requiere de conocimientos específicos que implementen la escucha activa y los mensajes, por esos es necesario que se adapten a las circunstancias y a los interlocutores. Cuando un mensaje no se trasmite correctamente, este se convierte en un mensaje fragmentado, distorsionado, incongruente, sin sentido y deformado.

Las barreras que perjudican la correcta transmisión, se pueden clasificar en:

- ☒Semánticas(diferentes dialectos o idiomas). Lo genera el emisor y el receptor, utilizan el mismo código, pero no le dan el mismo significado a alguna palabra.
- ☒Psicológicas(estado emocional, personalidad). El estado mental muchas veces no permite recibir bien el mensaje.

☒Fisiológicas(enfermedades permanentes(sordera o ceguera)o transitorias (resfriados, alergias).

☒Físicas (tienen que ver con el entorno, pueden ser ambientales “ ruido, distancia” o tecnológicas “ mala conexión Internet o equipos”.

☒Administrativas (sobrecarga y perdida de información). Está relacionada con el canal y la falta de planificación.

Además de ser necesario evitar estas barreras, tambien se puede mejorar las técnicas de la comunicación de los trabajadores, para ello será necesario formarlos en técnicas de comunicación, y reciclarlos periódicamente.

5 Discusión-Conclusión

Todo individuo puede comunicar, pero no todos lo hacen de la forma mas correcta, existen pautas que ayudan a que esta comunicación sea mas efectiva y son:

☒Mirar a los ojos del receptor.

☒Utilizar lenguaje corporal

☒El mensaje tiene que ser claro y conciso.

☒Emplear tono de voz adecuado.

☒Ser simpatico.

☒Utilizar la escucha activa.

☒Retroalimentación.

Con estas simples pautas la comunicación será mas fluida, se enviarán mensajes claros mejorando las relaciones personales, aumentando la productividad, mejorando el clima laboral. Además también será necesario evitar las barreras que generan confusión, discusión,desacuerdos, perdidas de tiempo y dinero, ya que a nivel personal dan lugar a que las personas se retraigan,eviten las reuniones grupales, no se relacionen con el resto de los compañeros, originando un mal clima de trabajo, que repercute en el rendimiento y la productividad.

6 Bibliografía

1.Comunicación. (n.d.). Concepto. Retrieved May 12, 2023, from <https://concepto.de/comunicacion/>

2.Glover, M. (2019, January 24). ¿Que es la ESCUCHA ACTIVA?: características, ejercicios y ejemplos. psicologia-online.com. <https://www.psicologia-online.com/escucha-activa-caracteristicas-ejercicios-y-ejemplos-4348.html>

3.Mitjana, L. R. (2020, February 17). Las 5 barreras de la comunicación, explicadas. Psicologiaymente.com. <https://psicologiaymente.com/social/barreras-de-comunicacion>

4.Vive. (2021, May 12). ¿Qué son las barreras de comunicación y cuáles son los tipos que existen? UNIR. <https://ecuador.unir.net/actualidad-unir/barreras-comunicacion/>

Capítulo 704

ATENCIÓN DEL CELADOR HOSPITALARIO A LOS PACIENTES DISCAPACITADOS

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La atención del celador hospitalario a los pacientes discapacitados es un componente esencial de la prestación de cuidados de salud equitativos y humanitarios. En un entorno médico, donde cada paciente merece una atención personalizada y de calidad, la labor de celador adquiere una dimensión aún más significativa al brindar asistencia y apoyo a aquellos que enfrentan desafíos físicos o cognitivos. La discapacidad, ya sea temporal o permanente, puede presentar barreras en el acceso a la atención médica y generar preocupaciones adicionales para los pacientes y sus familias. Aquí es donde la presencia y la dedicación del celador juegan un papel fundamental. Desde el primer encuentro con el paciente, el celador puede establecer una conexión empática y de confianza, proporcionando orientación y comodidad en un entorno que puede resultar abrumador.

En ocasiones, el discapacitado se ve obligado a acudir al centro acompañado de uno o varios familiares, ante la incapacidad de valerse por sí mismo. Esto puede generar estrés en el propio paciente, y en sus familiares, por estar fuera de su entorno. El celador ha de mostrar sus dotes y habilidades, haciendo uso de su empatía y humanidad, lo que contribuirá a que la estancia en el hospital de estos pacientes se haga más cómoda y llevadera.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar la capacidad y habilidades que han de mostrar los celadores en el trato diario con pacientes discapacitados.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha tenido en cuenta la experiencia propia como trabajador en un centro sanitario. Además, también se ha obtenido información referente al tema trabajado, realizando búsquedas en diferentes servidores de internet, llegando a la conclusión del mismo.

4 Resultados

La labor del celador hospitalario en la atención a pacientes discapacitados abarca una visión diversa de responsabilidades cruciales. Desde la movilización segura y cuidadosa de los pacientes, de manera personalizada, en camillas o sillas de ruedas, asegurando que cada traslado sea una experiencia sin dificultades, hasta su participación activa y apoyo en procedimientos médicos y exámenes, su presencia se convierte en un puente entre la necesidad y la comodidad.

La habilidad del celador para establecer una comunicación empática, marcada por la paciencia y la comprensión, desempeña un papel vital al reducir la ansiedad y el estrés tanto para los pacientes discapacitados como para sus familias, creando un ambiente de tranquilidad en el hospital.

Más allá de las tareas prácticas, el celador se erige como un agente de cambio en la promoción de un entorno hospitalario inclusivo. Colaborando con otros profesionales de la salud, se asegura de que las instalaciones sean accesibles y acogedoras, a la vez que las necesidades particulares de cada paciente se satisfagan plenamente. La colaboración estrecha con el personal médico y de enfermería

garantiza la personalización de los planes de atención para adaptarse a las condiciones individuales, asegurando que la dignidad y la comodidad del paciente sean preservadas en todo momento.

En última instancia, la dedicación del celador hospitalario a los pacientes discapacitados revela un compromiso constante de ofrecer una atención médica integral y de naturaleza humana. Sus esfuerzos diarios personifican un enfoque compasivo y centrado en el paciente, subrayando que la atención médica va más allá de procedimientos clínicos y abarca un compromiso con la empatía y el respeto por la diversidad de necesidades y experiencias de cada paciente, con el objetivo final de ofrecer mejor atención.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención del celador hospitalario a pacientes discapacitados es vital para una atención médica equitativa y humana. Su labor adquiere relevancia al brindar apoyo a aquellos con desafíos físicos o cognitivos, superando barreras en el acceso a la atención. La empatía y la confianza que se establece desde el primer encuentro ofrecen comodidad en un entorno hospitalario, a menudo abrumador. La movilización segura de pacientes en camillas o sillas de ruedas, así como el respaldo en procedimientos médicos, alivian la ansiedad, en enfermos y familiares.

El celador promueve la inclusión hospitalaria colaborando con otros profesionales de la salud para garantizar accesibilidad y satisfacer necesidades específicas. Su dedicación refleja un compromiso de atención médica integral y humanitaria, demostrando que va más allá de procedimientos clínicos hacia un enfoque compasivo y centrado en el paciente. En última instancia, el celador contribuye a una experiencia hospitalaria más cómoda y empática para los pacientes discapacitados y sus familias.

6 Bibliografía

- [guia_para_la_atencion_hospitalaria_del_paciente_con_discapacidad_intelectual.pdf](#) (plenainclusion.org)
- Abordaje integral del paciente con discapacidad - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com (revista-portalesmedicos.com)
- Editorial MAD.

Capítulo 705

EL CELADOR HOSPITALARIO Y SU LABOR DE RESPETO Y CUIDADO DEL PACIENTE

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, donde la salud y el bienestar de los individuos son la máxima prioridad, el papel del celador hospitalario adquiere un significado único en la promoción de un cuidado integral y humano. La labor del celador trasciende más allá de sus responsabilidades físicas; se convierte en un faro de respeto y atención para los pacientes que transitan por los pasillos del hospital. La delicada y comprometida tarea del celador de respetar y cuidar al paciente es un pilar fundamental en la entrega de servicios de salud empáticos y de alta calidad.

A medida que el paciente cruza el umbral del hospital, el celador se erige como un primer punto de contacto, un rostro amable que acoge a cada individuo con dignidad y consideración. Su capacidad para establecer conexiones empáticas y

brindar apoyo emocional en momentos de incertidumbre es esencial para crear un ambiente de confianza y calidez. Más allá de su función física de movilizar y asistir, el celador se convierte en un confidente silencioso y en un defensor del bienestar emocional del paciente y sus seres queridos.

En este trabajo, se analiza detalladamente cómo el celador hospitalario ejerce su labor de respeto y cuidado hacia el paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es tratar de entender como la labor del celador ha de realizarse desde el máximo respeto y cuidado con los pacientes, tanto hospitalizados como los que acuden al centro de manera ambulatoria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda entre la bibliografía existente, referente al tema a tratar. Se han analizado, extrayendo de ellos la información más relevante, varios artículos y páginas webs, en los diferentes buscadores que se ofrecen en internet.

4 Resultados

La destacada labor del celador hospitalario en la promoción de un cuidado integral y humano tiene un impacto profundo en la experiencia de los pacientes en el entorno médico. A través de su enfoque en el respeto y la atención individualizada, el celador crea un ambiente de confianza y comodidad desde el primer encuentro. Su capacidad para establecer conexiones empáticas y brindar apoyo emocional en momentos de vulnerabilidad contribuye significativamente a reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes y sus familias. Más allá de su rol físico, el celador se convierte en un aliado silencioso que defiende el bienestar emocional, creando un puente vital entre los pacientes, los equipos médicos y el personal de enfermería.

La exploración detallada de las múltiples dimensiones de la labor del celador revela la importancia de su comunicación empática y su colaboración con otros profesionales de la salud. Esta interacción se traduce en un nivel óptimo de atención, donde cada paciente es tratado con el respeto y la consideración que merece. En

última instancia, la presencia y los esfuerzos del celador contribuyen significativamente a la humanización de la atención médica, reflejando el valor intrínseco de cada paciente como un individuo único en su búsqueda hacia la recuperación y el bienestar.

El celador ha de estar debidamente formado para afrontar las diversas reacciones de los pacientes, ya que en su labor diaria, puede encontrarse con numerosos obstáculos que pueden ser debidos a la propia dolencia de los enfermos, pudiendo aparecer dolor, ansiedad, fobias, e incapacidades psíquicas o físicas. Por todo ello el comportamiento de los enfermos y de sus familiares puede ser muy inestable. Aún así, el celador, seguirá comprendiendo las reacciones de los pacientes, siempre desde el respeto y protegiendo su dignidad.

5 Discusión-Conclusión

En el entorno hospitalario, el celador desempeña un papel distintivo al promover un cuidado humano y completo. Va más allá de sus tareas físicas, actuando como un faro de respeto y atención para los pacientes. Su tarea delicada y comprometida de respetar y cuidar al paciente es fundamental para servicios de salud empáticos. Al recibir a los pacientes, el celador establece conexiones empáticas, brinda apoyo emocional y reduce la ansiedad. Además de su función física, se convierte en un aliado que defiende el bienestar emocional, conectando a pacientes, equipos médicos y personal de enfermería. La comunicación empática y la colaboración con otros profesionales de la salud son claves. En última instancia, la labor del celador contribuye a humanizar la atención médica, respetando la dignidad de cada paciente y adaptándose a sus reacciones, incluso en situaciones desafiantes.

6 Bibliografía

- Promover la dignidad del paciente en la prestación de cuidados | Nursing (elsevier.es)
- ¿Cómo tratar al PACIENTE? Consejos para CELADORES | FisioStar

Capítulo 706

EL CELADOR HOSPITALARIO Y SU CONOCIMIENTO DE LAS DISTINTAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La categoría profesional de Celador que presta sus servicios en centros hospitalarios, es la que cuenta con un mayor número de trabajadores. Es decir, no hay un servicio sanitario, unidad o centro sanitario en el que no nos encontremos con un celador.

Una de sus funciones es la de acompañar o trasladar a los pacientes de unas dependencias a otras para la realización de pruebas o análisis.

A veces, se puede encontrar con pacientes alterados, nerviosos e incluso, agresivos.

Es el caso, por ejemplo, del celador que trabaja en Urgencias, donde en muchas ocasiones acuden usuarios bajos los efectos del alcohol, las drogas, personas que se han visto involucradas en reyertas, detenidos, presos custodiados, etc.

En plantas hospitalarias de Psiquiatría o en aquellas con pacientes de avanzada edad con demencia o Alzheimer, puede encontrarse con personas desorientadas, que se niegan a estar hospitalizadas y con las intenciones de escapar, al sentirse amenazados.

En ocasiones, los familiares por preocupación, quieren estar con el paciente o poder entrar a verle, fuera de los horarios de visita permitidos.

El celador, que también realiza labores de vigilancia, tiene que estar preparado para estas situaciones, hacerse con el control de ellas y si es necesario, contener y retener al paciente o usuario.

2 Objetivos

Explicar brevemente las diferentes medidas de contención, de las que el celador debe ser conocedor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Tipos de contención que debe conocer el Celador hospitalario:

- Contención verbal: se trata de tranquilizar la situación, con actitud positiva, mostrando respeto, educación y empatía, siempre sin utilizar gestos, palabras o expresiones que puedan alterar más a la persona. Se permitirá que el paciente o usuario hable, sintiéndose escuchado, sin interrumpirle ni discutir.

Se mantendrá una distancia de seguridad adecuada, utilizando un tono de voz neutral y controlando en todo momento el volumen.

Nunca se darán falsas expectativas de solución y se le ofrecerán soluciones alternativas.

- Contención ambiental: el entorno es también una parte fundamental en el comportamiento de las personas. Un ambiente tranquilo, minimiza el nerviosismo. El celador en este aspecto, retirará todas aquellas fuentes que puedan excitar al paciente, como pueden ser las corrientes de aire, los ruidos, el exceso de calor, de

luz, etc.

Controlará también la entrada y salida de familiares que suelen alterar el silencio de las plantas hospitalarias.

Animará al paciente a realizar actividades que le ayuden a placar su inquietud, como por ejemplo, paseos por los pasillos, técnicas de relajación, lectura, etc.

- Contención farmacológica: en muchas ocasiones, es la única alternativa para poder mantener tranquilo al enfermo.

Este tipo de contención no la realiza el celador, sino el personal médico y enfermero.

- Contención mecánica: esta se emplea en pacientes agresivos, que puedan ocasionarse daños a ellos mismos, a otros pacientes o al personal laboral.

En primer lugar, se informará al paciente de que se va a realizar este tipo de contención y el motivo por el cual se llega a este punto.

Se le retirarán al enfermo todos aquellos objetos que puedan resultar peligrosos: cinturones, cadenas, pendientes, etc.

Se frenará la cama en la que se encuentra el paciente y se le contendrá con todas las sujeciones a tal efecto.

El celador, en este tipo de contención, colaborará con profesionales sanitario y otros compañeros.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el celador conozca los tipos de contención. En primer lugar para evitar que el paciente hospitalizado o a la espera de recibir asistencia, entre en estado de nerviosismo, que pueda terminar en discusión o agresión.

El trabajador se servirá de técnicas en comunicación, permaneciendo tranquilo y ayudando al paciente/usuario a llegar a un punto de calma.

En caso de que la situación empeore, se des controle y alguien pueda resultar herido, el celador deberá colaborar en técnicas de contención mecánica arriba indicadas o ayudar en la inmovilización del paciente, para que el médico o enfermero/a le apliquen las medidas farmacológicas.

6 Bibliografía

<https://celadoresonline.blogspot.com/2023/04/tipos-de-contencion-o-estrategias-ante.html>

”TIPOS DE CONTENCIÓN O ESTRATEGIAS ANTE UN PACIENTE AGITADO”

<https://celadoresonline.blogspot.com/>

<https://revistamedica.com/celador-medidas-contencion-paciente-agresivo/>
"EL CELADOR Y LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN CON EL PACIENTE AGRESIVO"

Ocronos. Vol. III. Nº 7– Noviembre 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº7:38

Capítulo 707

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

MARÍA LOZANO LÓPEZ

VICTOR MOLINA SUAREZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

En el complejo y dinámico entorno de un departamento de urgencias, la atención médica rápida y eficaz es esencial para brindar cuidados a pacientes que enfrentan situaciones médicas críticas. En este contexto, los profesionales de la salud desempeñan roles fundamentales para asegurar que cada paciente reciba la atención y el apoyo necesarios en momentos de emergencia. Uno de estos roles cruciales es el del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

La naturaleza crítica de este entorno demanda una respuesta ágil y eficiente para brindar atención médica oportuna a los pacientes que llegan con situaciones médicas urgentes.

El Técnico en el departamento de urgencias se erige como un pilar fundamental en la asistencia y el soporte a pacientes que llegan con necesidades médicas urgentes. Este profesional, bajo la supervisión de enfermeras y médicos, desempeña

una serie de tareas esenciales para garantizar la operación fluida y eficiente de la unidad de urgencias, al mismo tiempo que brinda atención directa y cuidado a aquellos pacientes que requieren intervenciones inmediatas.

En esta exploración, examinaremos en detalle el papel y las responsabilidades del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno de urgencias, destacando la importancia de su contribución en la atención médica de emergencia y su papel esencial en la promoción del bienestar de los pacientes en situaciones críticas.

2 Objetivos

- Responsabilidades del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno de urgencias
- Importancia de la contribución en la atención médica de emergencia y su papel esencial en la promoción del bienestar de los pacientes en situaciones críticas.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica, con la búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el servicio de almacén. Se han usado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o Pubmed.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña una variedad de funciones críticas en el departamento de urgencias. Estas funciones están diseñadas para brindar apoyo esencial al equipo médico y garantizar la atención oportuna y de calidad a los pacientes en situaciones de emergencia. Algunas de las funciones clave del Técnico en urgencias son:

- Atención al Paciente: Proporcionar atención y cuidados básicos a los pacientes que llegan a la sala de urgencias. Esto puede incluir ayudar en la higiene personal, la movilidad y la alimentación.
- Toma de Constantes Vitales: Medir y registrar las constantes vitales de los pacientes, como la presión arterial, el pulso y la temperatura, para proporcionar

información esencial al equipo médico.

- Asistencia en Procedimientos: Colaborar en procedimientos médicos y exámenes, como la toma de muestras de sangre, electrocardiogramas y administración de medicamentos, bajo la supervisión de enfermeras o médicos.
- Preparación de Material: Preparar y organizar los equipos y suministros necesarios para procedimientos y tratamientos, asegurando que estén listos y disponibles para el personal médico.
- Transporte de Pacientes: Asistir en el traslado seguro y cómodo de los pacientes entre diferentes áreas del hospital, como la sala de examen, radiología o cirugía.
- Asistencia en Emergencias: Participar activamente en la atención de pacientes en situaciones de emergencia, siguiendo los protocolos establecidos y proporcionando soporte al equipo médico.
- Mantenimiento del Entorno: Mantener las áreas de urgencias limpias y ordenadas, creando un ambiente seguro y cómodo para los pacientes y el personal.
- Colaboración Interdisciplinaria: Trabajar en conjunto con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y coordinada.
- Apoyo Emocional: Brindar apoyo y calma a los pacientes y sus familias, especialmente en situaciones de estrés y preocupación.
- Documentación y Registro: Registrar de manera precisa y detallada la información relevante sobre los pacientes y las acciones realizadas, garantizando la continuidad de la atención.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el entorno desafiante y dinámico de un departamento de urgencias. Su presencia y contribución son esenciales para garantizar una atención médica rápida, eficiente y de calidad a los pacientes que llegan con situaciones médicas urgentes. Las funciones del Técnico en urgencias abarcan desde la asistencia directa a los pacientes hasta la preparación de materiales y la colaboración en procedimientos médicos bajo la supervisión de enfermeras y médicos.

La rapidez, la precisión y la capacidad para mantener la calma en situaciones de alta presión son cualidades vitales del Técnico en urgencias. Al trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico, el Técnico contribuye significativamente a la coordinación y la entrega de atención médica oportuna, lo que puede marcar la diferencia en la vida de los pacientes.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en urgencias no solo ofrece apoyo físico, sino también apoyo emocional a los pacientes y sus familias en momentos de estrés y preocupación. Su dedicación y compromiso con el bienestar de los pacientes refuerzan la misión de brindar una atención médica integral y compasiva en situaciones críticas.

En última instancia, el Técnico en urgencias desempeña un papel esencial al ser un eslabón crucial en la cadena de atención médica de emergencia. Su contribución permite que los pacientes reciban atención médica de calidad en el momento en que más la necesitan, lo que refleja su impacto invaluable en la salud y el bienestar de la comunidad.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 708

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN HEMODIÁLISIS

MARÍA LOZANO LÓPEZ

VICTOR MOLINA SUAREZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

La hemodiálisis es un procedimiento médico vital para aquellos pacientes que experimentan problemas renales y necesitan eliminar toxinas y exceso de líquidos de su cuerpo. En este entorno, el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es de suma importancia para garantizar que el proceso de hemodiálisis se realice de manera segura, eficiente y cómoda para los pacientes. El Técnico en hemodiálisis juega un papel esencial en la asistencia directa a los pacientes y en el apoyo al equipo médico, contribuyendo al bienestar y la calidad de vida de aquellos que dependen de este tratamiento.

En esta exploración, examinaremos en detalle las responsabilidades y funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno de la hemodiálisis.

Desde la preparación de equipos hasta la asistencia durante el procedimiento y la atención a las necesidades emocionales de los pacientes, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en garantizar que la hemodiálisis se realice de manera efectiva y compasiva.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en un servicio de hemodiálisis puede variar según el tamaño del centro médico, la cantidad de pacientes que requieren tratamiento y la capacidad de la instalación para brindar atención.

2 Objetivos

- Responsabilidades y funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno de la hemodiálisis
- Trabajo en equipo y mantenimiento de medios

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica, con la búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el servicio de almacén. Se han usado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o Pubmed.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el entorno de la hemodiálisis. Sus funciones están diseñadas para garantizar la seguridad, el confort y la eficiencia de los pacientes que se someten a este tratamiento esencial. A continuación, se detallan algunas de las funciones clave del TCAE en hemodiálisis:

- Preparación de Equipos: El TCAE se encarga de preparar los equipos necesarios para el procedimiento de hemodiálisis, incluidas las máquinas de diálisis, las líneas de acceso vascular y los materiales estériles.
- Asistencia a los Pacientes: Brindar apoyo y asistencia a los pacientes durante la preparación y el inicio del procedimiento de hemodiálisis. Esto puede incluir ayu-

dar al paciente a sentarse cómodamente, conectarse a las máquinas y establecer las líneas de acceso.

- Monitorización: Vigilar de cerca a los pacientes durante todo el procedimiento, observando signos vitales y monitoreando cualquier cambio en la condición del paciente.
- Control de Fluidos: Controlar y ajustar el flujo de líquidos y soluciones durante la hemodiálisis según las indicaciones del personal médico.
- Manejo de Emergencias: Estar preparado para manejar situaciones de emergencia, como problemas con las máquinas de diálisis o reacciones adversas de los pacientes.
- Documentación y Registro: Registrar de manera precisa los datos relevantes, como signos vitales, flujo de líquidos y cualquier observación importante durante el procedimiento.
- Seguridad del Paciente: Asegurarse de que los procedimientos se realicen siguiendo las normas de seguridad y que el entorno sea estéril y limpio para prevenir infecciones.
- Apoyo Emocional: Brindar apoyo emocional a los pacientes durante el procedimiento, ya que la hemodiálisis puede ser un proceso prolongado y a veces incómodo.
- Trabajo en Equipo: Colaborar con enfermeras, médicos y otros miembros del equipo de salud para garantizar una atención integral y coordinada.
- Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el personal médico sobre la condición del paciente y cualquier cambio significativo que pueda ocurrir durante la hemodiálisis.
- Mantenimiento de Equipos: Realizar tareas de limpieza y mantenimiento básico en las máquinas de diálisis y los equipos utilizados durante el procedimiento.
- Educación al Paciente: Brindar información básica a los pacientes sobre el procedimiento de hemodiálisis y cómo pueden cuidar su acceso vascular entre sesiones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el entorno de la hemodiálisis es de gran importancia para garantizar la atención segura y efectiva de los pacientes que requieren este tratamiento vital. A través de sus funciones y responsabilidades, el TCAE despliega un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar de aquellos que dependen de la hemodiálisis para manejar sus problemas renales.

El Técnico en hemodiálisis no solo prepara y asiste en los procedimientos, sino que también ofrece apoyo emocional a los pacientes, monitoriza su condición y se asegura de que todo el proceso se realice de manera segura y eficiente. Su capacidad para trabajar en equipo, comunicarse efectivamente con el personal médico y brindar apoyo a los pacientes crea un entorno de atención integral y compasiva.

La dedicación del Técnico en hemodiálisis contribuye a la comodidad y el confort de los pacientes durante un procedimiento que puede ser prolongado y desafiante. Al mantener altos estándares de seguridad, higiene y atención personalizada, el Técnico en hemodiálisis juega un papel esencial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que dependen de este tratamiento.

En última instancia, la presencia del Técnico en el equipo de hemodiálisis representa un esfuerzo colaborativo para brindar una atención médica óptima y centrada en el paciente. Su contribución reafirma la importancia de cada miembro del equipo de salud en la búsqueda de un bienestar integral para aquellos que enfrentan desafíos renales y confían en la hemodiálisis como parte crucial de su tratamiento y cuidado médico.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 709

LOS TIPOS DE ESTERILIZACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA LOZANO LÓPEZ

VICTOR MOLINA SUAREZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

En el ámbito de la salud y la atención médica, la esterilización juega un papel esencial en la prevención de infecciones y la protección de la salud de los pacientes. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un rol fundamental en la preparación y mantenimiento de equipos y materiales médicos estériles. Para lograrlo, es crucial que el Técnico comprenda los distintos métodos de esterilización disponibles y su aplicación adecuada.

Los tipos de esterilización se refieren a los diferentes métodos utilizados para eliminar microorganismos y asegurar la asepsia en equipos y materiales médicos. La vestimenta adecuada para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que trabaja en áreas de esterilización es esencial para mantener la asepsia.

sia y prevenir la contaminación cruzada. La vestimenta puede variar según las políticas y procedimientos específicos de cada institución de salud.

En esta exploración, examinaremos los tipos de esterilización a los que un Técnico puede estar expuesto. Desde la esterilización química hasta la esterilización por calor, pasaremos por las técnicas más comunes utilizadas en el entorno médico. Estos conocimientos no solo garantizan la seguridad de los pacientes, sino que también demuestran la importancia del rol del Técnico en mantener un entorno médico limpio y libre de infecciones.

2 Objetivos

- Tipos de esterilización que puede encontrar un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
- Preparación de materiales por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede encontrarse con varios tipos de esterilización en el entorno de la atención médica. Estos métodos son esenciales para garantizar la eliminación de microorganismos y la prevención de infecciones. Aquí tienes una descripción de algunos de los tipos comunes de esterilización que el TCAE podría encontrar:

- Esterilización por Calor Húmedo (Autoclave): Este método utiliza vapor a alta presión y temperatura para esterilizar equipos y materiales. Es uno de los métodos más efectivos y ampliamente utilizados en la atención médica. El TCAE podría ayudar en la preparación y carga de los equipos en el autoclave y en la correcta identificación de los paquetes esterilizados.

- Esterilización por Calor Seco: Utiliza aire caliente para esterilizar. Puede ser útil para ciertos tipos de equipos que no son compatibles con la esterilización por vapor. El TCAE podría colaborar en la preparación y el manejo de equipos sometidos a este proceso.
- Esterilización Química: Implica el uso de sustancias químicas para esterilizar equipos. Puede ser una opción cuando el calor no es adecuado. El TCAE podría estar involucrado en la preparación de soluciones químicas y en el manejo seguro de los equipos tratados.
- Esterilización por Radiación: Utiliza rayos gamma, rayos X o partículas para eliminar microorganismos. Es común en la industria farmacéutica y de dispositivos médicos. Aunque el TCAE puede no estar directamente involucrado en este proceso, debe ser consciente de las precauciones necesarias.
- Esterilización por Plasma de Peróxido de Hidrógeno: Utiliza plasma de peróxido de hidrógeno para eliminar microorganismos. Es efectivo para equipos sensibles al calor y la humedad. El TCAE podría asistir en la preparación y manejo de equipos sometidos a este proceso.
- Esterilización por Óxido de Etileno: Utiliza óxido de etileno en forma gaseosa para esterilizar equipos sensibles al calor y la humedad. Puede ser necesario manejar equipos tratados con óxido de etileno de manera adecuada para evitar la exposición.
- Preparación de Materiales: El Técnico es responsable de recolectar y preparar los instrumentos y equipos médicos que deben ser esterilizados. Esto incluye asegurarse de que los elementos estén debidamente empaquetados y listos para el proceso de esterilización.

Cada tipo de esterilización tiene sus propias ventajas y limitaciones, y es importante que el TCAE esté capacitado para aplicar el método correcto según la situación. La seguridad, la asepsia y el cumplimiento de los procedimientos son fundamentales en el proceso de esterilización para garantizar la salud de los pacientes y el entorno médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el conocimiento y la comprensión de los diferentes tipos de esterilización son fundamentales para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

(TCAE) en su labor en el entorno de la atención médica. La esterilización es esencial para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes, además de mantener un ambiente médico limpio y aséptico.

Los Técnicos desempeñan un papel crucial en la preparación, el manejo y el cuidado de los equipos y materiales que necesitan ser esterilizados. Esto incluye asegurarse de que los instrumentos estén correctamente embalados, cargar y descargar autoclaves u otros dispositivos de esterilización, y seguir los protocolos específicos para cada método de esterilización.

Al comprender los diferentes métodos de esterilización, como la esterilización por calor húmedo, la esterilización química y otros, los Técnicos están mejor preparados para contribuir al proceso de esterilización de manera efectiva y segura. La adherencia estricta a los procedimientos y la capacitación adecuada son esenciales para prevenir la contaminación cruzada y garantizar que los equipos y materiales utilizados en la atención médica estén libres de microorganismos.

En última instancia, la participación activa y el conocimiento profundo de los tipos de esterilización refuerzan el compromiso del Técnicos con la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Su contribución es un eslabón vital en la cadena de prevención de infecciones y en la promoción de un ambiente médico seguro y saludable.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 710

EL CELADOR EN EL ALMACÉN

JUANI NAHARRO MILLA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

ISABEL MARIA GROMADA

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

1 Introducción

Un depósito sanitario es un área o lugar de una edificación que recibe distintos tipos de productos que quedan en espera de su distribución para su posterior utilización. En el hospital, la mercancía recibida será inspeccionada por el responsable del almacén, quien se asegurará de que los albaranes de entrega coincidan con la mercancía recibida y que los paquetes no vayan rotos ni deteriorados.

El cometido principal de un almacén es el suministro, reparto y/o custodia de equipamiento médico.

Funciones que desempeña un almacén hospitalario:

- Recibir todos los productos necesarios solicitados los proveedores externos.
- Establecer un control de calidad de almacenamiento de mercancías.
- Preparación de los pedidos.
- Tramitación de los pedidos.

En un hospital nos vamos a encontrar con dos almacenes, como mínimo, uno será de farmacia y otro el almacén general (además de los pequeños almacenes ubicados en las distintas plantas).

En un hospital existe una gran variedad de material, el cual se puede clasificar en:

- Material fungible es el que se una vez utilizado no se puede volver a usar.
- Material inventariable es el que permanece (mesas, sillas, camas).
- Material sanitario (algodón, gasas, agujas, jeringas).
- Material no sanitario (materiales de limpieza y aseo, papelería, material de oficinas).

Zonas de un almacén:

- Zonas de carga y descarga (muelle).
- Zona de recepción y control de mercancías.
- Zona de picking, es decir, zona de preparación de pedidos que necesitan embalaje o acondicionamiento especial.
- Zona de expedición o salidas de productos.
- Zona de oficinas.
- Zonas especiales.

2 Objetivos

Los objetivos de este documento son conocer las diferentes funciones del celador en el almacén sanitario, las distintas clases de materiales que son recepcionados y algunas de las zonas de un almacén donde dichos celadores van a realizar su trabajo.

3 Metodología

Para realizar la elaboración de este informe sobre el celador en el almacén, se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente, apuntes, libros sanitarios, etc. y también una búsqueda sistemática de distintos temarios en internet.

4 Resultados

Las funciones que un celador debe seguir en el almacén son:

- Acoger las mercancías catalogadas como pedidos y comprobar que el número de bultos es acorde con el albarán de entrega. Es quien se encarga de aceptar, o no, dicha mercancía.
- Revisión del material recibido.

- Distribuir los productos, la mercancía recibida en las estanterías del almacén.
- Comprobar que los vales de pedido de los diferentes servicios están cumplimentados correctamente, los cuales deben estar firmados por el responsable, para entregar la mercancía.
- Cargar y descargar la mercancía.
- Organizar la mercancía sobre las estanterías del almacén.
- Elaborar y entregar los suministros internos a las distintas áreas y plantas del hospital e igualmente a los distintos servicios que ofrezca el centro hospitalario.
- Deberán llevar, a diario, un inventario general. Tanto de productos que entran como de los que salen.
- Participar en el inventario.
- Participar en el recuento del material
- Realizar un informe dirigido al responsable sobre la entrada y salida de material en la zona de almacenaje.
- Vigilar las entradas y salidas del almacén, denegando el acceso a cualquier persona que no esté autorizada.
- Diversas tareas las cuales el jefe del almacén le asigne y que considere necesarias acorde a las funciones del celador.

Hay varias fases para la organización de la mercancía:

PREVISIÓN DE ABASTECIMIENTO

Es la primera fase de la tarea, se trata de adquirir los materiales que son específicamente necesarios para el buen desarrollo de la Institución.

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.

El proceso de cómo conseguir los materiales y servicios necesarios de un comercio.

RECEPCIÓN/REVISIÓN DE MERCANCÍAS.

El almacén es el área dedicada a la recepción y gestión de mercancías, donde tiene lugar la clasificación de los materiales recibidos y su posterior colocación. Cuando se reciben los materiales, estos se depositan en el almacén según un código que se les asigna, donde se almacenarán para su futura distribución, previa solicitud a los hospitales y servicios correspondientes.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador encargado de almacén está contemplada en el acuerdo del Consejo de Ministros 26/06/1990 que modifica el Real Decreto 3/1987.

Son objetivos fundamentales en el reparto de material la rapidez y la efectividad (además de conseguir dicho material a un costo razonable), por lo que el celador debe ser resolutivo a la vez que eficaz y de confianza en su puesto de trabajo.

El rol del jefe de almacén es indispensable, es el encargado de recibir y almacenar el material de manera eficiente para tenerla a punto para su distribución a las diferentes plantas y servicios del hospital de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

[Celadoresonline.blogpost](#)

[Congresosicepa.com](#)

[CienciaSanitaria.es](#)

[Revistasanitariadeinvestigacion.com](#)

Capítulo 711

LA IMPORTANCIA Y DESAFÍOS DE LA TURNICIDAD DEL CELADOR EN EL HOSPITAL

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

1 Introducción

El trabajo a turnos es una característica presente en el entorno hospitalario debido a la necesidad de brindar atención continua a los pacientes.

En ocasiones, la labor del celador dentro del hospital, está en un segundo plano, no se le da la importancia que merece, pero en el complejo mundo hospitalario, donde la atención médica se hace de manera continuada, los celadores emergen como piezas clave que mantienen el engranaje en movimiento las 24 horas del día, los 365 días del año, trabajando en equipo con el resto de personal. Estos profesionales, encargados de múltiples tareas, desde el transporte de pacientes hasta el apoyo logístico, humanitario, empático y emocional, se enfrentan a una característica fundamental de su trabajo: la turnicidad. Este sistema de trabajo rotativo, que implica una alternancia de horarios, incluyendo noches, días festivos

y fines de semana, plantea desafíos singulares que impactan en la salud, la vida personal y la calidad del servicio prestado. Es esencial comprender los aspectos de la turnicidad en el contexto de los celadores dentro de un hospital, explorando sus desafíos, efectos y las estrategias para abordarlos. La dirección del centro implementará medidas preventivas para que la turnicidad no merme en la salud de sus trabajadores.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es mostrar los riesgos a los que se enfrenta un celador que trabaja en un entorno hospitalario al realizar su labor con unos turnos rotatorios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Este sistema de trabajo rotativo puede tener un impacto significativo en la salud física y mental de los celadores. Los ritmos circadianos, los procesos internos que regulan los patrones de sueño y vigilia, pueden verse alterados debido a la rotación constante de horarios. La exposición a la luz artificial durante la noche puede perturbar los ritmos naturales y desencadenar problemas de sueño, lo que a su vez puede contribuir a la fatiga y la disminución del rendimiento.

La falta de horarios regulares también puede afectar a la alimentación y la vida social de los celadores. Los patrones de comida y la interacción con amigos y familiares pueden verse alterados, lo que puede llevar a una sensación de aislamiento. El desafío reside en encontrar un equilibrio entre el trabajo y el tiempo personal, especialmente cuando los horarios rotativos dificultan la programación de actividades y compromisos fuera del hospital.

Los celadores que trabajan en horarios irregulares pueden experimentar una fatiga acumulada debido a la alteración de los ritmos biológicos y la falta de

sueño consistente. Esta fatiga puede tener efectos negativos en la concentración, la toma de decisiones y la respuesta a situaciones de emergencia, lo que a su vez podría influir en la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Para abordar estos desafíos, es esencial implementar estrategias que promuevan un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal de los celadores. La flexibilidad en la programación puede ser fundamental, permitiendo a los celadores elegir entre una variedad de horarios según sus necesidades. La posibilidad de cambiar horarios con anticipación y la asignación justa de turnos pueden brindar a los celadores un mayor control sobre su tiempo y ayudar a mitigar los efectos negativos de la turnicidad.

Además, los hospitales pueden invertir en programas de apoyo para sus celadores. La gestión del estrés y el autocuidado pueden ser valiosos para ayudar a los trabajadores a lidiar con las demandas físicas y emocionales de la turnicidad.

La puesta en marcha de prácticas de bienestar físico también puede ser beneficiosa. Los hospitales pueden proporcionar espacios de descanso adecuados para que los celadores se relajen y se recuperen durante sus turnos. Esto puede incluir áreas de descanso cómodas y tranquilas, así como opciones de alimentación saludable para garantizar una nutrición adecuada durante las horas de trabajo.

El reconocimiento y la valoración del trabajo de los celadores son esenciales para abordar los desafíos de la turnicidad, promoviendo una cultura en el bienestar de los trabajadores, al sentirse respetados y apreciados por su dedicación a mantener el funcionamiento del hospital en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la turnicidad es un aspecto intrínseco del trabajo de los celadores en el hospital. Aunque es esencial para garantizar la atención continua a los pacientes, también plantea desafíos que puedan afectar la salud y la calidad de vida de los trabajadores. La implementación de estrategias de flexibilidad, apoyo y bienestar puede contribuir a un equilibrio saludable para los celadores en el entorno de la turnicidad. Por último, reconocer y valorar el papel vital de los celadores en la atención médica es fundamental para crear un entorno laboral que promueva tanto la salud de los trabajadores como la calidad de la atención brindada a los pacientes.

6 Bibliografía

1. NTP 260: Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos (insst.es).

2. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos (insst.es).

Capítulo 712

EL ROL DEL CELADOR EN EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

Un equipo de trabajo es un grupo de individuos que colaboran de manera coordinada y orientada hacia un objetivo o meta común. Los miembros del equipo aportan sus habilidades, conocimientos y experiencias únicas para alcanzar un propósito compartido, en el cual el éxito depende de la contribución y la interacción de cada miembro. El trabajo en equipo implica la comunicación efectiva, la cooperación, la división de tareas y la sincronización de esfuerzos para lograr resultados más eficientes y de mayor calidad que los que se obtendrían mediante el trabajo individual. Los equipos de trabajo pueden variar en tamaño y composición, y se encuentran en una amplia variedad de entornos laborales y contextos, desde empresas y organizaciones hasta instituciones médicas y proyectos de investigación.

En el complejo y dinámico entorno hospitalario, el papel del celador se destaca como un eslabón fundamental en el engranaje del trabajo en equipo. Su función va más allá de simplemente transportar pacientes o manejar equipos, ya que el celador desempeña un rol esencial en la interacción colaborativa entre los diversos profesionales de la salud que conforman el equipo hospitalario. Desde la atención de emergencia hasta la logística y el apoyo emocional, el celador actúa como un enlace crucial que contribuye a una atención integral y coordinada en el hospital.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia que tiene el celador dentro del equipo de trabajo del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La colaboración efectiva en un entorno hospitalario es esencial para brindar atención médica de calidad. En este contexto, el celador desempeña un papel crucial al actuar como puente entre los diferentes miembros del equipo de salud. Colabora estrechamente con médicos, enfermeras, terapeutas y otros profesionales para asegurar una comunicación fluida y una coordinación sin fisuras. Al trabajar en estrecha colaboración con otros miembros del equipo, el celador facilita la transferencia de información crítica y garantiza que todos los aspectos de la atención médica se integren de manera eficiente.

Cuando se trata de una atención de emergencia, el paciente llega en una situación crítica, el tiempo es esencial y cada segundo cuenta. El celador estará entrenado para responder rápidamente, transportar al paciente a las áreas apropiadas y proporcionar el apoyo necesario para garantizar una intervención inmediata, trabajando en conjunto con médicos y enfermeras.

El celador también desempeña un papel importante en la logística hospitalaria. Desde la distribución de suministros médicos hasta la preparación de salas de examen y procedimientos, el celador contribuye a que el flujo de trabajo sea fluido y eficiente. Su conocimiento de la ubicación de equipos y suministros es valioso para el equipo médico, permitiendo que los profesionales se concentren en la atención directa al paciente en lugar de perder el tiempo buscando recursos.

El apoyo emocional es otro aspecto esencial del rol del celador en el trabajo en equipo. Los pacientes a menudo llegan al hospital en momentos de vulnerabilidad y ansiedad. El celador puede brindar tranquilidad a los pacientes y sus familias, ofreciendo un apoyo humano y empático que va más allá de las responsabilidades técnicas. Esta conexión emocional puede tener un impacto significativo en la experiencia del paciente y en su percepción general de la atención recibida.

La formación y capacitación adecuadas son fundamentales para fortalecer el papel del celador en el trabajo en equipo. Los celadores deben estar equipados con las habilidades técnicas y de comunicación necesarias para desempeñar su función de manera efectiva. Además, la promoción de una cultura de colaboración y respeto en el hospital es esencial para que el celador se sienta valorado y parte integral del equipo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en el trabajo en equipo en el hospital es esencial para una atención médica integral y coordinada. Desde su contribución en situaciones de emergencia hasta su papel en la logística y el apoyo emocional, el celador desempeña una función multifacética que une los diversos componentes del equipo de salud. Su capacidad para comunicarse, colaborar y actuar como un enlace entre diferentes profesionales es fundamental para garantizar que los pacientes reciban la atención de calidad que se merecen. Aunque su labor a menudo puede pasar desapercibida, el celador es una pieza fundamental en el rompecabezas del trabajo en equipo hospitalario, contribuyendo de manera significativa a la salud y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Trabajo en equipo en empresas: ventajas, herramientas y ejemplos [2023] • Asana.
2. Trabajo en Equipo | Qué es, características, ventajas, importancia y más (coworkingfy.com).

3. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 7. Equipo de trabajo. Trabajo en Equipo.

Capítulo 713

ERGONOMÍA PARA CELADORES EN EL HOSPITAL

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

1 Introducción

La ergonomía se define como la ciencia que busca diseñar y adaptar el entorno de trabajo a las características y necesidades del trabajador, con el objetivo de mejorar el bienestar, la seguridad y la eficiencia en el desempeño de sus tareas. En caso de los celadores, la ergonomía cobra una importancia vital debido a la naturaleza física y exigente de su trabajo. Al centrarse en la adaptación de las condiciones de trabajo a las capacidades y limitaciones del cuerpo humano, la ergonomía puede reducir la fatiga, prevenir lesiones y contribuir a una mayor satisfacción laboral.

En el complejo y dinámico entorno hospitalario, los celadores desempeñan un papel esencial en la atención médica y en el funcionamiento fluido de las instalaciones. Su labor va más allá de la mera asistencia física, ya que involucra una serie de tareas que van desde el traslado de pacientes hasta la colaboración con el equipo médico y la logística hospitalaria. Sin embargo, el trabajo de los celadores

a menudo implica movimientos repetitivos, levantamiento de cargas y posturas incómodas, lo que puede aumentar el riesgo de lesiones y fatiga. En este contexto, la ergonomía emerge como una herramienta fundamental para promover la salud y la eficiencia de los celadores en el entorno laboral hospitalario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es mostrar cómo la ergonomía en el celador puede mejorar y dar eficiencia en atención sanitaria en el hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Uno de los aspectos clave de la ergonomía para los celadores es la prevención de lesiones musculoesqueléticas. El levantamiento y traslado de pacientes, así como la manipulación de equipos y suministros médicos, pueden ejercer una carga significativa en el cuerpo. Adoptar posturas inadecuadas o realizar movimientos bruscos y repetitivos puede aumentar el riesgo de lesiones en la espalda, hombros, cuello y extremidades. La implementación de técnicas ergonómicas, como la adopción de posturas correctas, el uso de equipos de asistencia y la rotación de tareas, puede minimizar este riesgo y contribuir a la salud a largo plazo de los celadores.

El diseño adecuado de equipos y espacios de trabajo es otro componente esencial de la ergonomía para celadores. Los hospitales deben considerar la disposición de las camas, las salas de examen y las áreas de trabajo para optimizar la ergonomía. Los celadores deben tener fácil acceso a los equipos y suministros necesarios sin necesidad de adoptar posturas incómodas o esforzarse innecesariamente.

La ergonomía también se extiende a la organización de horarios y la distribución de tareas. La turnicidad, una característica distintiva del empleo celador en el hospital, puede tener un impacto en la salud y el bienestar de los trabajadores.

La falta de un horario regular puede afectar los patrones de sueño y aumentar la fatiga. Aquí, la ergonomía puede intervenir al promover la rotación equitativa de turnos, proporcionar descansos adecuados entre jornadas y considerar la salud y el ritmo circadiano de los celadores al asignar horarios.

La formación y la concienciación son componentes cruciales para la implementación exitosa de prácticas ergonómicas en el hospital. Los celadores deben recibir capacitación en técnicas de levantamiento seguro, posturas adecuada y uso de equipos ergonómicos. Además, es esencial fomentar una cultura de autocuidado. La comunicación abierta entre los celadores y la administración del hospital puede facilitar la identificación de áreas que requieren mejoras ergonómicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ergonomía desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud y la eficiencia de los celadores en el entorno hospitalario. Al adoptar las condiciones de trabajo a las capacidades del cuerpo humano, la ergonomía puede prevenir lesiones, reducir la fatiga y mejorar la satisfacción laboral. Desde la prevención de lesiones musculoesqueléticas hasta el diseño adecuado de equipos y la organización de horarios, la ergonomía abarca múltiples aspectos que contribuyen al bienestar de los celadores y al éxito de la atención médica en el hospital. Una implementación efectiva de prácticas ergonómicas requiere colaboración, formación y un compromiso continuo con la mejora de las condiciones de trabajo para los celadores, fortaleciendo así su contribución vital al sistema de atención médica.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 714

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS SITUACIONES DE HIPOGLUCEMIA

MARTA ROJAS CAÑAS

1 Introducción

La hipoglucemia, o nivel bajo de azúcar en sangre, es una situación médica que puede afectar a personas con diabetes u otras condiciones de salud. En esta exploración, examinaremos el papel crucial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención a situaciones de hipoglucemia. Analizaremos cómo el Técnico desempeña un papel esencial en la detección temprana, el apoyo y la colaboración con el equipo de salud para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes que enfrentan esta condición.

En casos de hipoglucemia grave, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tendrá un papel fundamente en la asistencia en la Administración de Glucagón.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) requeridos en situaciones de hipoglucemia puede variar según el tamaño y la estructura del centro de salud, la cantidad de pacientes con diabetes u otras condiciones que puedan causar hipoglucemia, y las políticas de atención médica de la institución. En general, los centros de salud deben asegurarse de contar con suficiente personal para manejar situaciones de emergencia como la hipoglucemia de manera eficiente y segura.

En algunas situaciones, puede haber uno o varios Técnicos asignados a un área en particular, como una unidad de cuidados intensivos o una sala de emergencias, y su disponibilidad puede depender de los turnos y la programación del personal.

2 Objetivos

- Objetivos básicos de prevención y educación en el paciente por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Apoyo emocional con la familia y paciente, registro y comunicación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) tiene un papel significativo en la atención y el manejo de situaciones de hipoglucemia. Sus funciones son cruciales para garantizar una respuesta rápida, apoyo adecuado y colaboración efectiva con el equipo de salud en estos casos. A continuación, se describen algunas de las funciones que el Técnico puede llevar a cabo en situaciones de hipoglucemia:

- Vigilancia y Detección: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede estar atento a los signos y síntomas de hipoglucemia en los pacientes, como sudoración excesiva, temblores, mareos, confusión y palpitaciones. La vigilancia constante es esencial para identificar rápidamente cualquier indicio de hipoglucemia.
- Asistencia en la Administración de Glucagón: En casos de hipoglucemia grave, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede colaborar con el personal de enfermería en la administración de glucagón, una hormona que aumenta los niveles de azúcar en sangre. Esto puede ser necesario si el paciente no puede consumir alimentos o bebidas en ese momento.

- Colaboración en la Administración de Alimentos o Bebidas: En situaciones menos graves, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede colaborar en la administración de alimentos o bebidas que contengan carbohidratos para elevar los niveles de azúcar en sangre de manera segura y efectiva.
- Registro y Comunicación: El Técnico debe registrar detalladamente la incidencia de hipoglucemia y comunicar esta información al personal de enfermería y al equipo médico. Los registros precisos son fundamentales para realizar un seguimiento adecuado y para ajustar el plan de cuidados según sea necesario.
- Apoyo Emocional: El Técnico puede brindar apoyo emocional al paciente durante la situación de hipoglucemia, manteniendo la calma y proporcionando tranquilidad al paciente y a su familia.
- Educación y Prevención: El Técnico puede proporcionar educación básica al paciente sobre cómo prevenir la hipoglucemia y qué medidas tomar en caso de que ocurra. Esto puede incluir la importancia de llevar consigo alimentos o tabletas de glucosa en caso de emergencia.
- Colaboración en la Monitorización: El Técnico puede colaborar en la monitorización continua de los niveles de azúcar en sangre según las indicaciones del equipo médico.
- Comunicación con el Equipo de Salud: El Técnico debe colaborar con el equipo de salud, incluyendo enfermeras y médicos, para asegurarse de que se tomen las medidas adecuadas para manejar la hipoglucemia y prevenir futuras incidencias.
- Mantenimiento de la Seguridad: El Técnico debe garantizar un entorno seguro para el paciente, evitando situaciones que puedan aumentar el riesgo de hipoglucemia, como la falta de alimentos o el exceso de actividad física.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el manejo de situaciones de hipoglucemia. Su presencia y participación son esenciales para garantizar una respuesta rápida, segura y efectiva ante esta condición médica crítica. A través de sus funciones y colaboración con el equipo de salud, contribuye significativamente a la seguridad y el bienestar de los pacientes que enfrentan niveles bajos de azúcar en sangre.

El Técnico no solo está capacitado para identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia, sino que también puede brindar apoyo inmediato en la administración de glucagón, en la administración de alimentos o bebidas con carbohidratos, y en la comunicación con el equipo de salud. Además, su presencia proporciona apoyo emocional a los pacientes y sus familias en momentos de crisis médica.

La colaboración entre el Técnico y otros profesionales de la salud, como enfermeras y médicos, es esencial para garantizar una atención integral y coordinada en situaciones de hipoglucemia. Juntos, forman un equipo comprometido en proporcionar atención médica de alta calidad y mantener la seguridad del paciente en todo momento.

En última instancia, el Técnico demuestra su importancia en la atención médica al abordar situaciones de hipoglucemia de manera profesional y empática. Su contribución esencial ayuda a garantizar que los pacientes reciban el tratamiento y el apoyo necesarios durante estas situaciones críticas, mejorando así la calidad de vida y la confianza en la atención médica brindada.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 715

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON OSTOMÍA

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

SONIA CORROCHANO GARRIDO

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La ostomía es una intervención quirúrgica en la que se crea una abertura artificial en la pared abdominal para permitir la salida de los desechos corporales, como la orina o las heces. Esta cirugía puede ser necesaria debido a diversas condiciones médicas, como enfermedades intestinales, cáncer o lesiones traumáticas. Los pacientes con ostomías requieren cuidados y atención específicos para asegurar su bienestar y comodidad.

En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es esencial. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen una función importante en la atención y el apoyo a los pacientes con ostomías,

ya que colaboran estrechamente con el equipo de enfermería y médico para proporcionar cuidados integrales y garantizar la adaptación exitosa a esta nueva situación médica.

Esta exploración se centra en analizar y comprender los cuidados que el Técnico brinda a los pacientes con ostomías. Se examinarán las diversas responsabilidades y funciones que el Técnico lleva a cabo, incluyendo el cambio y cuidado de bolsas de ostomía, la educación del paciente, la prevención de complicaciones y el apoyo emocional. La dedicación y profesionalismo del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este contexto son cruciales para promover la independencia y la calidad de vida de los pacientes con ostomías.

2 Objetivos

- Analizar y comprender los cuidados que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería brinda a los pacientes con ostomías.
- Garantizar el bienestar, la comodidad y la adaptación exitosa de los pacientes

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica disponible. Se consultaron varios libros y artículos de las principales bases de datos, seleccionando aquellos textos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas que sirvieron de base para el presente estudio.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en la atención y cuidado de pacientes con ostomías. Sus funciones son fundamentales para garantizar el bienestar, la comodidad y la adaptación exitosa de los pacientes a esta nueva situación médica. Algunas de las funciones clave del Técnico en el cuidado de pacientes con ostomías incluyen:

1. Cambio y Cuidado de la Bolsa de Ostomía: Asistir en el cambio y cuidado de la bolsa de ostomía, siguiendo las indicaciones y los protocolos establecidos por el equipo de enfermería. Esto puede incluir la limpieza adecuada de la piel circundante y la aplicación de una nueva bolsa de ostomía.

2. **Prevención de Infecciones:** Colaborar en la prevención de infecciones al asegurarse de que la zona de la ostomía esté limpia y seca. Observar cualquier signo de enrojecimiento, irritación o infección y comunicarlo al personal de enfermería.
3. **Apoyo en la Alimentación:** Ayudar en la administración de alimentos y líquidos a los pacientes con ostomías, asegurándose de que sigan una dieta adecuada y recibiendo la nutrición necesaria.
4. **Apoyo en la Movilización:** Colaborar en la movilización de los pacientes con ostomías, asegurando que se realicen cambios de posición y transferencias de manera segura y cómoda.
5. **Educación al Paciente:** Brindar información y educación básica a los pacientes sobre el cuidado de su ostomía, la manipulación de la bolsa y los signos de complicaciones. Ayudar a los pacientes a comprender y manejar su nueva situación médica.
6. **Observación y Comunicación:** Observar y comunicar cualquier cambio en la apariencia de la ostomía, la piel circundante o la bolsa de ostomía. Informar cualquier preocupación al personal de enfermería para tomar medidas adecuadas.
7. **Apoyo Emocional:** Brindar apoyo emocional y comprensión a los pacientes con ostomías, ya que esta situación puede tener un impacto significativo en su calidad de vida y autoestima.
8. **Documentación:** Registrar las actividades realizadas, las observaciones y cualquier cambio en el estado del paciente en los registros médicos.
9. **Asistencia en el Autocuidado:** Colaborar en el fomento del autocuidado del paciente, alentándolos a participar en el cuidado de su ostomía tanto como sea posible.
10. **Mantenimiento de la Privacidad:** Respetar la privacidad y la dignidad de los pacientes durante el proceso de cuidado de la ostomía.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado de pacientes con ostomías es esencial para garantizar la comodidad, la adaptación y el bienestar de los pacientes que han pasado por esta cirugía. Los cuidados que brinda el Técnico contribuyen directamente a la calidad de vida y a la recuperación exitosa de estos pacientes.

La asistencia del Técnico en el cambio y cuidado de la bolsa de ostomía, la prevención de infecciones, la educación del paciente y el apoyo emocional son componentes cruciales en el proceso de cuidado. Además, promueve la autonomía y

el autocuidado al alentar a los pacientes a participar en el manejo de su ostomía.

La sensibilidad, la empatía y la profesionalidad del técnico desempeñan un papel fundamental en la relación de confianza con el paciente. Los cuidados de calidad que el Técnico brinda en el contexto de la ostomía contribuyen a aliviar los posibles temores y preocupaciones de los pacientes, promoviendo una adaptación más fluida y positiva a su nueva situación.

En última instancia, la colaboración entre el Técnico y el equipo de enfermería es esencial para brindar una atención integral y de alta calidad a los pacientes con ostomías. La dedicación y el compromiso del Técnico en este contexto marcan una diferencia significativa en la vida de los pacientes y en su proceso de recuperación y adaptación a los cambios en su salud.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 716

EL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN NEONATOS

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

SONIA CORROCHANO GARRIDO

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

En una unidad de neonatos, también conocida como unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en el cuidado y atención de los recién nacidos prematuros o con problemas de salud en sus primeros días o semanas de vida. Estas unidades están diseñadas para brindar cuidados especializados y médicos a bebés que requieren supervisión constante y tratamiento médico intensivo. La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este entorno es de gran importancia para el bienestar de estos pequeños pacientes y el apoyo al equipo médico y de enfermería.

En esta unidad, los recién nacidos pueden enfrentar una variedad de desafíos médicos, desde problemas respiratorios hasta complicaciones neurológicas. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene un papel fundamental en

ayudar a mantener un entorno limpio y seguro, en colaborar con las tareas de alimentación y cambios de pañales, y en proporcionar el apoyo emocional necesario tanto para los bebés como para sus padres.

A lo largo de esta serie de respuestas, exploraremos las responsabilidades y funciones específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una unidad de neonatos, destacando cómo su contribución contribuye significativamente a la atención integral de estos frágiles pacientes y a la operación fluida de la unidad.

2 Objetivos

- Conocer las responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad Neonatal.
- Conocer las funciones específicas del técnico tanto para el recién nacido como para los padres.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica disponible. Se consultaron varios libros y artículos de las principales bases de datos, seleccionando aquellos textos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas que sirvieron de base para el presente estudio.

4 Resultados

En una unidad de neonatos, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) realiza diversas funciones esenciales para brindar un cuidado integral y seguro a los recién nacidos prematuros o con problemas de salud. Aunque las tareas pueden variar según las políticas del hospital y las necesidades específicas de los pacientes, aquí hay algunas funciones comunes que el técnico desempeña en una unidad de neonatos:

1. Higiene y cuidado personal: El técnico ayuda en el cuidado diario de los bebés, incluyendo baños, cambios de pañales, limpieza y cuidado de la piel. La higiene

es especialmente importante en los neonatos, ya que su sistema inmunológico aún está en desarrollo.

2. Asistencia en la alimentación: colabora en la preparación de la leche materna o fórmula, ayuda en la administración de la alimentación y observa las reacciones del bebé durante y después de la alimentación. También podría colaborar con la colocación de sondas para la alimentación enteral.

3. Monitorización de signos vitales: Bajo la supervisión de enfermeros o médicos, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede tomar y registrar signos vitales como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura del bebé. Esto ayuda a mantener un registro preciso de la condición del paciente.

4. Apoyo en la movilización y posicionamiento: Los neonatos a menudo necesitan estar en posiciones específicas para ayudar a prevenir la presión en ciertas áreas y mejorar la función respiratoria. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en el posicionamiento y movilización de los bebés para garantizar su comodidad y seguridad.

5. Asistencia en procedimientos médicos: El personal de técnicos puede ayudar durante la realización de procedimientos médicos, como la inserción de sondas, la toma de muestras de sangre o la administración de medicamentos según las indicaciones del personal médico.

6. Vigilancia y observación: El auxiliar de enfermería observa constantemente a los bebés para detectar cualquier cambio en su condición, como dificultades respiratorias, cambios en el color de la piel o comportamientos inusuales. La comunicación de estas observaciones al personal de enfermería o médico es fundamental.

7. Apoyo emocional a los padres: Los padres de los bebés en la unidad de neonatos pueden estar pasando por momentos emocionalmente difíciles. También puede proporcionar apoyo emocional, responder a preguntas y brindar información sobre el cuidado del bebé.

8. Mantenimiento del entorno: El técnico contribuye a mantener un entorno limpio y ordenado en la unidad de neonatos, lo que es esencial para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes.

9. Comunicación y colaboración: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de enfermería, médicos y otros profesionales de la salud para asegurarse de que

se cumplan las necesidades de los bebés y proporcionar actualizaciones sobre su condición.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel integral en la unidad de neonatos al proporcionar cuidados esenciales, apoyo emocional y colaboración en el cuidado de los recién nacidos. Su trabajo contribuye significativamente al bienestar de los bebés y a la operación efectiva de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una unidad de neonatos es de suma importancia para el cuidado y bienestar de los recién nacidos prematuros o con problemas de salud. A través de una serie de funciones esenciales, desempeña un papel activo en el equipo de atención médica, colaborando estrechamente con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud. Su trabajo abarca desde el cuidado personal y la higiene hasta la monitorización de signos vitales, la asistencia en procedimientos médicos y el apoyo emocional a los padres.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se convierte en un pilar fundamental en la atención de estos pequeños pacientes, ya que sus contribuciones diarias ayudan a crear un entorno seguro, limpio y cálido en el que los neonatos puedan recibir la atención que necesitan. Su capacidad para observar, comunicar y colaborar efectivamente contribuye a la detección temprana de cambios en la condición de los bebés y a la implementación de intervenciones oportunas.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 717

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACION

SONIA CORROCHANO GARRIDO

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La rehabilitación juega un papel fundamental en la recuperación de pacientes que han experimentado lesiones, cirugías o enfermedades que han afectado su capacidad funcional y su calidad de vida. En este contexto, la Unidad de Rehabilitación se convierte en un espacio crucial donde los profesionales de la salud, incluidos los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), desempeñan un papel esencial en el proceso de rehabilitación y en el apoyo a los pacientes en su camino hacia la recuperación.

Este análisis se enfocará en explorar y comprender las diversas funciones que el Técnico realiza en la Unidad de Rehabilitación. Estas funciones van más allá de

la asistencia básica y desempeñan un rol integral en el bienestar y el progreso de los pacientes en su proceso de rehabilitación. Desde la colaboración en terapias y ejercicios específicos hasta la promoción del autocuidado y el apoyo emocional, el Técnico desempeña un papel esencial en el equipo multidisciplinario que trabaja para mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes que buscan recuperarse y volver a llevar una vida plena.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en una Unidad de Rehabilitación puede variar según el tamaño de la unidad, la cantidad de pacientes atendidos y la complejidad de los casos. En general, la cantidad de Técnico en una unidad de rehabilitación dependerá de la carga de trabajo y las necesidades específicas de los pacientes en rehabilitación.

2 Objetivos

- Explorar y comprender las diversas funciones que el Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería realiza en la Unidad de Rehabilitación
- Mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes que buscan recuperarse y volver a llevar una vida plena.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica disponible. Se consultaron varios libros y artículos de las principales bases de datos, seleccionando aquellos textos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas que sirvieron de base para el presente estudio.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en la Unidad de Rehabilitación al colaborar estrechamente con el equipo multidisciplinario para proporcionar atención integral y apoyo a los pacientes en su proceso de recuperación y rehabilitación. Algunas de las funciones principales que realiza el Técnico en esta unidad incluyen:

1. Asistencia en Terapias y Ejercicios: Colaborar con los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y otros profesionales de rehabilitación en la implementación de

- terapias y ejercicios específicos. Ayudar a los pacientes en la realización de movimientos y ejercicios diseñados para mejorar su funcionalidad y fortaleza.
2. **Movilización y Transferencias:** Asistir en la movilización y transferencia de pacientes que pueden tener limitaciones de movilidad debido a lesiones o cirugías. Colaborar en cambios de posición en la cama, transferencias a sillas de ruedas o caminatas con dispositivos de apoyo.
 3. **Cuidado Personal y Aseo:** Brindar asistencia en el cuidado personal y aseo de los pacientes que puedan tener dificultades para realizar estas actividades por sí mismos. Esto incluye ayudar en la higiene, el vestido y otros aspectos del autocuidado.
 4. **Monitorización de Signos Vitales:** Tomar y registrar signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno según las indicaciones del personal de enfermería.
 5. **Alimentación y Nutrición:** Colaborar en la alimentación de pacientes que puedan tener dificultades para alimentarse por sí mismos. Asegurar que reciban la nutrición adecuada de acuerdo con las pautas establecidas.
 6. **Apoyo Emocional:** Brindar apoyo emocional a los pacientes en su proceso de rehabilitación. Escuchar y conversar con ellos, ayudándoles a mantener una actitud positiva y motivada hacia su recuperación.
 7. **Colaboración en la Prevención de Complicaciones:** Observar y comunicar cualquier cambio en la condición de los pacientes, como signos de infección o deterioro. Colaborar en la prevención de úlceras por presión y otras complicaciones.
 8. **Ayuda en la Educación del Paciente:** Colaborar en la educación de los pacientes sobre su condición, el manejo de dispositivos de apoyo y la realización de ejercicios en casa.
 9. **Documentación y Registros:** Registrar las actividades realizadas y cualquier observación relevante en los registros médicos.
 10. **Colaboración en la Logística:** Asistir en la logística de la unidad, como la preparación de materiales y la preparación de las áreas de terapia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel integral en la Unidad de Rehabilitación al colaborar activamente en el proceso de recuperación y rehabilitación de los pacientes. Sus funciones son vitales para asegurar que los pacientes reciban la atención y el apoyo necesarios para mejorar su funcionalidad, independencia y calidad de vida.

Asiste en una variedad de tareas que van desde la colaboración en terapias y ejercicios específicos hasta la asistencia en la movilización, el cuidado personal y la monitorización de signos vitales. Además, brinda un apoyo emocional esencial a los pacientes, alentándolos a mantener una actitud positiva y motivada hacia su recuperación.

La colaboración del Técnico con el equipo multidisciplinario de la Unidad de Rehabilitación es esencial para proporcionar cuidados completos y efectivos. Su dedicación a las tareas diarias y su atención personalizada contribuyen directamente a la mejora de la funcionalidad y la autonomía de los pacientes que buscan recuperar sus habilidades y adaptarse a nuevas circunstancias.

En última instancia, las funciones del Técnico en la Unidad de Rehabilitación demuestran su compromiso en el cuidado del paciente y su contribución a la consecución de objetivos terapéuticos y de recuperación. Su profesionalismo y apoyo son un componente esencial en el camino hacia la recuperación exitosa y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 718

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MIGUEL SORIA TORRALBA

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

VIRGINIA CUERDA CANO

1 Introducción

El animalario es una instalación del hospital en el cual se realizan estudios con animales. Estos estudios deben ser aprobados por un Comité de Ética de Experimentación Animal y se debe demostrar que realmente son necesarios.

La experimentación animal que se lleva a cabo en el animalario está regulada en España mediante el Real Decreto 53/2013, del 1 de febrero, el cual establece las pautas básicas a seguir en la experimentación para la protección de los animales. Se debe cumplir el principio de las tres erres:

1. Reemplazo: usar otras alternativas.
2. Reducción de número de animales.
3. Refinamiento: mejorar la técnica.

La función del celador estará enfocada en el cuidado, mantenimiento y traslado, entre otras, de dichos animales. Estos deberán ser registrados en un libro de registros y no podrán sufrir daños y/o lesiones graves. Una vez finalizada la inves-

tigación se evaluará si puede ser adoptado, reinsertado en su hábitat o, por el contrario, sacrificado si se contempla la idea de que puede ser un peligro para la salud pública o se piensa que va a sufrir daños graves.

Los animales empleados para estas investigaciones deben de haber sido criados específicamente para ello, estará prohibida la utilización de especies amenazadas, animales vagabundos o asilvestrados.

Solo pueden adquirir animales de centros de crías o de centros suministradores.

No se podrán utilizar en procedimientos:

1. Especies amenazadas.
2. Animales vagabundos o asilvestrados.
3. Detenidos en su hábitat, excepto permiso previo del órgano competente.

Todos los métodos que causen dolores no se llevarán a cabo sin anestesia general o local y, tras finalizar el procedimiento si se considera que padecerá se le suministrará tratamiento anestésico o paliativo para calmarlo. Sin embargo, se optará por la eutanasia si es probable que padezca sufrimiento, angustia o daño severo. Se aprobará por el órgano competente la adopción del animal o la vuelta a su hábitat si su estado de salud lo permite, no supone un riesgo para la salud pública y si se garantiza tanto su socialización como su adaptación.

2 Objetivos

1. Comprender qué es el animalario, cómo está estructurado, sus objetivos y sus obligaciones.
2. Conocer qué animales están permitidos y como deben registrarse.
3. Distinguir el papel del celador en el animalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas páginas de internet, así como una exploración en diversos libros. La información utilizada ha sido contrastada en dichos medios.

Utilización de palabras claves tales como celador, animalario, experimentación y animales.

4 Resultados

El celador debe conocer la estructura del animalario para llevar a cabo sus funciones.

- Laboratorio: contará con el material preciso para la investigación de los animales.
- Zona de experimentación con todo lo necesario.
- Zona de alojamiento de los animales enjaulados.
- Zona limpia: preparación de alimentos.
- Zona sucia: limpieza y residuos.
- Incinerador: material contaminado y residuos de cadáveres.
- Oficina de administración.

Todos los materiales, techos, paredes, suelos deben ser impermeables y fáciles de limpiar, así como resistentes a los productos químicos.

Según el artículo 14.2.21 del Estatuto del Personal No Sanitario los celadores tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán alimentándolos, manteniendo limpias sus respectivas jaulas y realizando el aseo de los mismos, tanto momentos antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre siguiendo las indicaciones que reciban de los Médicos, Supervisoras o Enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.

1. División de los animales para su bienestar, pues deben tener tanto el espacio como las condiciones necesarias para ello. No se mezclan machos y hembras a no ser que sea necesaria la reproducción.
2. Suministro de alimentos adecuados y equilibrados y bebederos llenos de agua.
3. Limpieza y esterilización de jaulas, así como de bebederos y comederos, evitando infecciones y olores desagradables. También asearán a los animales antes y después de las pruebas pertinentes.
4. Procreación: el número de ejemplares de animales de fácil procreación será el preciso para las pruebas. Existen animales que no necesitan procrear pues solo han sido traídos para determinados casos.
5. Traslado de animales.
6. Sujeción de animales
7. Rasurar ciertas zonas de los animales.
8. Recoger animales que se hayan escapado de sus jaulas.
9. Desalojo de cadáveres y según el protocolo del hospital estos serán incinerados o enterrados.

Para facilitar lo citado anteriormente deben estar identificados los animales alojados:

- Especie.
- Raza (en su caso).
- Cepa (en su caso).
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- Fecha de cruce (si son pareja).
- Número de animales.
- Código que permita identificar el procedimiento y su responsable.
- Observaciones.

Además, deben ser registrados en un libro de registros cuyos datos deberán ser registrados y conservados al menos cinco años por los criadores, usuarios y suministradores, así como estar a disposición del órgano competente, ya que no todos los animales pueden ser utilizados para los ensayos.

- Designación y número de registro del centro.
- Número de animales.
- Entradas y salidas.
- Animales fallecidos.
- Animales utilizados.
- Observaciones.
- Resultados.
- Enfermedades.

Solo pueden adquirir animales de centros de crías o de centros suministradores.

No se podrán utilizar en procedimientos:

1. Especies amenazadas.
2. Animales vagabundos o asilvestrados.
3. Aquellos que hayan sido arrestados en la naturaleza, salvo aprobación del órgano competente.

Todos los métodos que causen dolores no se llevarán a cabo sin anestesia general o local y, tras finalizar el procedimiento si se considera que padecerá se le suministrará tratamiento anestésico o paliativo para calmarlo. Sin embargo, se optará por la eutanasia si es probable que padezca sufrimiento, angustia o daño severo.

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos de la experimentación con animales son: mejorar la calidad de vida humana, aumentar nuestro conocimiento sobre los seres vivos, mantener la biodi-

versidad conservando las especies y fabricar productos farmacéuticos. Por lo que el estudio con animales es necesario, puesto que gracias a ello hemos conseguido grandes avances en la ciencia, entre ellos la penicilina, la anestesia y muchas de las actuales vacunas.

No todos los animales pueden ser utilizados para el ensayo, solo aquellos que hayan sido creados para este fin, entre ellos se encuentran: roedores, perros, gatos y especies primates no humanas.

El papel del celador en el animalario es clave para que haya un buen cuidado de los animales y que dentro de sus limitaciones puedan tener calidad de vida. Una mala praxis podría provocar que los animales enfermasen y que no se pudiese llevar a cabo dicho ensayo.

6 Bibliografía

1. Revistamedica.com.
2. Theconversation.com.
3. Microsoft Word – tema 7 el servicio de farmacia y animalario.doc.

Capítulo 719

HIGIENE Y LIMPIEZA DEL PINCHE DE COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

VICTOR SERRANO SIMON

1 Introducción

La higiene y la limpieza son pilares fundamentales en la preparación de alimentos en cualquier entorno, pero su importancia se amplifica en el medio hospitalario debido a la vulnerabilidad de los pacientes a las infecciones y la necesidad de mantener altos estándares de seguridad alimentaria. El pinche de cocina, como una herramienta esencial en la preparación de alimentos, desempeña un papel crucial en la prevención de la contaminación cruzada y la propagación de patógenos. Este estudio se enfoca en la higiene y limpieza del pinche de cocina en el contexto hospitalario, con el propósito de garantizar la seguridad de los pacientes y el personal.

Se van a examinar los métodos de limpieza y desinfección, la eficacia de los productos químicos utilizados y las prácticas de higiene personal. Además, se va a

destacar la relevancia de la educación y la capacitación del personal para mantener un entorno culinario seguro y saludable en el medio hospitalario por parte del pinche de cocina.

Además de los fundamentos de la higiene hospitalaria, los pinches de cocina se van a enfrentar a desafíos específicos únicos debido a la naturaleza de su clientela y al entorno clínico. Los pacientes con sistemas inmunológicos debilitados va a ser especialmente vulnerables a las infecciones transmitidas por alimentos. Además, de que los equipos y los utensilios de cocina pueden entrar en contacto con productos químicos de limpieza y desinfectantes, lo que va a requerir una atención especial para garantizar la seguridad alimentaria y la prevención de la contaminación.

2 Objetivos

Destacar la importancia que tiene la higiene y la limpieza de la limpieza para prevenir las infecciones nosocomiales que se pueden contraer en el hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La higiene en las cocinas hospitalarias se van a basar en la manipulación segura de alimentos, la prevención de la contaminación cruzada y la higiene personal del personal. Esto involucra el uso de uniformes limpios, guantes, gorros y una higiene de manos adecuada para prevenir la transmisión de patógenos.

Los resultados de este estudio subrayan la importancia de la higiene y limpieza del pinche de cocina en el medio hospitalario:

1. Contaminación Cruzada: La limpieza inadecuada del pinche de cocina puede llevar a la contaminación cruzada de patógenos entre diferentes alimentos y superficies, aumentando el riesgo de infecciones alimentarias.

2. Métodos de Limpieza: Se identificaron métodos de limpieza y desinfección efectivos, como la combinación de limpieza mecánica y química, y la utilización de productos desinfectantes aprobados. La elección de productos químicos de limpieza y desinfección debe ser cuidadosa para garantizar la eficacia sin comprometer la seguridad alimentaria. Los productos deben estar aprobados para su uso en entornos de preparación de alimentos y cumplir con los estándares de la agencia reguladora.

3. Prácticas de Higiene Personal: La implementación de prácticas de higiene personal, como el lavado de manos frecuente y el uso de indumentaria adecuada, es esencial para prevenir la contaminación de los alimentos.

4. Educación y Capacitación: La capacitación constante del personal de cocina en prácticas de higiene y seguridad alimentaria es fundamental para mantener un entorno de trabajo seguro y saludable. Esto es esencial para mantener la limpieza e higiene del entorno.

5. Frecuencia de limpieza y desinfección: las superficies de trabajo, los equipos y los utensilios deben limpiarse y desinfectarse regularmente. Se deben seguir protocolos específicos para áreas de alto riesgo, como las zonas de corte y manipulación de alimentos crudos.

6. Vigilancia y auditorías: la implementación efectiva de las prácticas de higiene y limpieza va a requerir una vigilancia constante y auditorías periódicas. Esto va a garantizar que se mantengan los estándares de higiene y se aborden cualquier problema de manera oportuna.

5 Discusión-Conclusión

La higiene y limpieza del pinche de cocina en el medio hospitalario son elementos esenciales para garantizar la seguridad alimentaria y prevenir infecciones. La implementación de prácticas de limpieza y desinfección adecuadas, el uso de productos químicos efectivos y la promoción de prácticas de higiene personal son cruciales para minimizar el riesgo de contaminación y asegurar la salud de los pacientes y el personal. La educación y capacitación continua del personal de cocina desempeñan un papel clave en la creación y mantenimiento de un entorno culinario seguro en el ámbito hospitalario para prevenir enfermedades a los pacientes y a los trabajadores del hospital.

6 Bibliografía

<https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=8>

<https://revistamedica.com/protocolo-higienico-cocina-centros-hospitalarios/>
https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf
<https://sinfsa.com/producto/metodos-de-higiene-y-buenas-practicas-en-la-cocina-hospitalaria/>

Capítulo 720

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MIGUEL SORIA TORRALBA

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

VIRGINIA CUERDA CANO

1 Introducción

La medicina psiquiátrica es la parte de la medicina que tiene como fin estudiar, diagnosticar, conocer y predecir las enfermedades mentales, así como conflictos de la personalidad y la conducta. También evita y repara variantes psicológicas anormales.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades, englobando en este concepto a la salud mental.

La asistencia psiquiátrica ha estado dividida del resto de la atención primaria hasta que Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 20, hizo referencia a que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarían orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, incluyéndose así en el sistema general de asistencia sanitaria.

Debido a esta incorporación se han ido creando centros de salud mental, pisos protegidos, hospitales de día, desapareciendo así el llamado manicomio donde aislaban al paciente de la población.

Se favorece la asistencia a nivel ambulatorio, atención a domicilio y la hospitalización parcial para minimizar al máximo la hospitalización.

El celador, por lo tanto, en la unidad de psiquiatría, comparte las funciones generales de cualquier clase de celador, pero sus funciones específicas se rigen por Protocolos de actuación y Normas de Régimen Interior.

2 Objetivos

- Conocer los recursos que existen para tratar la enfermedad mental.
- Identificar cuál es la actuación del celador en psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Existen dispositivos enfocados a la prevención, rehabilitación y asistencia de las personas integrados en el área de Salud. La asignación de estos recursos se realiza proporcionalmente al censo demográfico.

Dispositivos sanitarios

- Centros de salud mental: depende de las Comunidades Autónomas. Atienden a pacientes derivados de la Atención Primaria o de otros niveles. Está formado con un equipo multidisciplinar englobado por enfermeros, psiquiatras, celador, trabajadores y psicólogos.
- Unidad de hospitalización o unidades de corta estancia: situada en hospitales y sirve para el internamiento de pacientes psiquiátricos agudos.
- Hospital de día: hospital que no cuenta con camas, pues se ofrece atención terapéutica parcial.

-Hospital de noche: debido a las características psicosociológicas del paciente no puede dormir en su vivienda, por lo que el hospital de noche ofrece la oportunidad de pasar la noche.

Dispositivos intermediarios rehabilitadores

-Centro de día: instancia diurna para una rehabilitación psicosocial. Se organiza de forma similar al hospital de día. Usuarios con gran dependencia y crónicos. Se realizan técnicas grupales, terapias ocupacionales, psicoterapias individuales.

-Centro de media estancia: 6-12 meses. Se realizan terapias de grupo, individuales y de formación, pues su fin es la rehabilitación del usuario tras el ingreso.

-Centro de larga estancia: pacientes que no pueden ser rehabilitados o son totalmente dependientes.

-Taller ocupacional: se les forma para facilitarles la salida al mercado laboral.

-Piso protegido: se considera de carácter terciario. El usuario lleva una vida independiente supervisada. Puede ser de forma permanente o temporal.

Fundamentalmente, las funciones del celador en psiquiatría ante una urgencia se basan en unas pautas generales de actuación:

- Avisar a la enfermera.

- Aislar al paciente agitado del resto.

- Prevenir exceso de ruidos.

- Priorizar la seguridad de ambos.

- Bajo prescripción médica, sujetar mecánicamente al usuario si fuese necesario.

- Explicar las pautas que se van a seguir.

Se puede reducir al paciente psiquiátrico de una forma verbal (con la comunicación), farmacológicamente (con fármacos) y físicamente (con una contención mecánica).

Otras de las funciones del celador en esta unidad serían: ejercer la vigilancia y el control de los pacientes, socorrer al personal sanitario, ayudar en el aseo y emitir las comunicaciones recibidas, así como el transporte de pacientes.

Importante que no realicen comentarios sobre el tratamiento, diagnóstico y evolución de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La salud mental engloba un conjunto de bienestar tanto emocional, como social y psicológico, por lo que una ausencia de esta afecta a la forma de razonar y sentir de la persona. Es importante que forme parte del sistema general de sanidad, puesto que de esta forma las personas que padezcan algún tipo de enfermedad mental no sentirán ningún tipo de discriminación, así como es conveniente la

facilidad a la hora de acceder a los dispositivos sanitarios para que los pacientes puedan, dentro de sus limitaciones, hacer una vida normal.

El papel del celador es importante, puesto que estará en contacto directo con el usuario y los familiares, por lo que tendrá que saber llevar a cabo las normas de actuación.

6 Bibliografía

1. Revistasanitariadeinvestigacion.com.
2. Microsoft Word – tema 9 el servicio de psiquiatría.
3. Funciones del celador en psiquiatría | FisioStar.

Capítulo 721

EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MIGUEL SORIA TORRALBA

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

VIRGINIA CUERDA CANO

1 Introducción

Según el artículo 28 del Real Decreto 521/1987, aprobado en 1987 el día 15 de abril en su apartado número 1 informa que toda admisión o aclaración en el hospital se va a realizar siempre mediante el Servicio o Unidad de Admisión, sea paciente beneficiario de la Seguridad Social o no, no habrá ningún tipo de distinción. Por lo que debe de haber una coordinación y una administración por parte de un Servicio de Admisión y Documentación Clínica, facilitando así el canje de información entre los usuarios continuamente respetando los principios de eficiencia y equidad.

Dicho esto, corresponde a los Servicios de Admisión: solicitud y programación de ingresos, recepción y registro de pacientes, coordinación del proceso asistencial, gestión de camas, control y autorización de traslados y de altas. Estos cargos son llevados a cabo por auxiliares administrativos y personal encargado de recoger

dichos datos, aunque también habrá celadores cuya función será dirigir a los pacientes a la dependencia.

Este Servicio estará próximo a la puerta del hospital y a su vez estará señalizado. Según la funcionalidad de cada hospital se organizará el Servicio de Admisión de Urgencias. Tiene la potestad de actuar como Unidad Central de Admisión en noches, fines de semana y festivos, así como oficina delegada en el día. En él se distinguen las siguientes salas:

- Admisión de Urgencias.
- Habitación de triaje.
- Críticos o primer nivel.
- Boxes o segundo nivel.
- Observación y zona de espera.

2 Objetivos

- Comprender el Servicio de Admisión de Ingresos y el Servicio de Admisión de Urgencias.
- Conocer las labores del celador en estas unidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

ENTRADA DE INGRESOS

El área de Admisión de ingresos está colocada próxima de la puerta principal del hospital y estará señalada.

Las funciones en la puerta principal que desempeña el celador.

1. Controlar la entrada de los familiares y visitantes, vigilando que no entre en el Hospital nada más que lo autorizado.
2. Ejercerán la vigilancia de las entradas autorizando la entrada a personas autorizadas.

3. Van a vigilar por la noche el interior y el exterior del edificio, velando porque estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
4. Cuidarán frecuentemente el máximo silencio, tranquilidad y orden en todas las instancias de la Institución.
5. Demandarán que esté presente el personal de Seguridad en caso de conflicto con los visitantes.
6. Se privarán de comentar con la familia de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos, deberán orientar las consultas hacia el facultativo.
7. Indicarán a sus inmediatos superiores de los percances que vean en la limpieza y conservarán el edificio y el material.
8. Servicios de guardia que correspondan dentro de sus establecidos turnos.
9. No abandonarán la guardia de la puerta de entrada.
10. Funciones parecidas a las anteriores encomendadas por sus superiores.
11. Podrán realizar cualquier otra actividad contemplada en su Estatuto.

ENTRADA DE URGENCIAS

La entrada de urgencias realiza la función de unidad central de entrada en días festivos y noches y fines de semana y como oficina delegada durante el día.

Las funciones del celador en el área de urgencias.

A) Admisión del paciente

- Traslado de pacientes en camillas, sillas de ruedas, etc.
- Recibe y acoge a las personas que lleguen al hospital en automóviles personales y ambulancias.
- Llama al personal sanitario cuando sea necesario.
- Acogida y socorre a pacientes ambulantes.

B) Vigilancia de personas

- Conservación de las pautas de convivencia general.
- Información general, aquella que no sea ni administrativa ni sanitaria.
- Comprueba la entrada en el Área de Urgencias, sin aprobar el acceso a sus dependencias, nada más que a las personas capacitadas para ello.

C) Apoyo al personal sanitario en las pautas iniciales del tratamiento en las emergencias

1. CARGO DE APOYO INTERNO

- Refuerzo en trabajos propios del Celador en las Zonas de Yesos y Quirófanos de Cirugía Mayor, igualmente ayudará en las que le sean ordenadas por Médicos, Supervisoras o Enfermeras/os.
- Expedición y traslado sin tardanza de las comunicaciones verbales.
- Tránsito y control interno de familiares y pacientes.
- Gestión de las personas en el Área de Urgencias.
- Cooperación con el personal sanitario en general.
- Conducción y control de documentos, correspondencia u objetos, documentos y correspondencia.

2. PUESTO DE SOPORTE EXTERNO

- Traslado de expedientes, comunicados y objetos a los laboratorios y otros servicios o unidades del hospital.
- Acompañamiento de pacientes a radiología.
- Acompaña a los pacientes a las unidades de hospitalización, y unidades especiales.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el Servicio de Admisión de Ingresos y en el Servicio de Admisión de Urgencias será de gran importancia, puesto que será la primera persona que va a tratar con el paciente. Deberá dirigirlo a la Unidad de Admisión, y acompañarlo si es necesario a la dependencia indicada.

En todo momento deberá tener una actitud positiva y recíproca con el paciente, y en ningún momento podrá dar información sobre el estado de algún usuario, en ese caso deberá dirigirlo al personal facultativo. Debido a esto, el perfil del celador corresponderá a una persona resolutiva, siendo capaz de manejar cualquier situación y asertiva, de tal modo que sepa tratar con todo tipo de pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1. Revistasanitariadeinvestigacion.com.
2. Celadores online de instituciones sanitarias.
3. Celadores.org (auxiliar-enfermeria.com).

Capítulo 722

LAVADO DE CABELLO DEL PACIENTE ENCAMADO POR EL CELADOR

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

NATALIA MARCOS GÓMEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

1 Introducción

El lavado de cabeza en un paciente encamado se refiere a un procedimiento de higiene que se realiza en personas que están postradas en cama debido a una enfermedad, lesión o discapacidad que les impide moverse de manera independiente. Este proceso es esencial para mantener la limpieza y la salud del cuero cabelludo y el cabello del paciente, así como para promover su bienestar general.

El lavado de cabeza en pacientes encamados implica varios pasos. Primero, se prepara el entorno, asegurando que la cama esté protegida con toallas o sábanas impermeables para evitar que se moje. Luego, se reúnen los suministros necesarios, como un recipiente con agua tibia, champú suave, una toalla, un gorro de baño o una bolsa de plástico para cubrir el cabello, y guantes desechables si es necesario.

El paciente se coloca en una posición cómoda, generalmente con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás. Se humedece el cabello con agua tibia y se aplica el champú suavemente, masajeando el cuero cabelludo para eliminar la suciedad y el exceso de grasa. Después, se enjuaga el cabello con cuidado utilizando agua limpia.

Se seca el cabello con una toalla suave y se peina si es necesario. Finalmente, se asegura de que el paciente esté cómodo y seco antes de volver a acomodarlo en su posición habitual en la cama.

Este procedimiento no solo mantiene la higiene capilar del paciente, sino que también puede ser una experiencia reconfortante y relajante. Además, puede prevenir problemas cutáneos como la dermatitis y ayudar a preservar la dignidad y la autoestima del paciente. Es importante que el personal de atención médica realice el lavado de cabeza de manera delicada y respetuosa, garantizando la comodidad y el bienestar del paciente en todo momento.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene este profesional en aquellas tareas en el hospital que se reflejan en el título.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel esencial en el lavado de cabeza de un paciente encamado, ya que contribuye significativamente al bienestar y la comodidad del paciente. Sus funciones van más allá de la asistencia directa en el procedimiento y abarcan aspectos de cuidado, comunicación y seguridad.

En primer lugar, el celador debe preparar el entorno adecuado para el lavado de cabeza. Esto implica asegurarse de que la cama esté protegida con toallas o

sábanas impermeables para evitar la humedad y la incomodidad del paciente. También es responsabilidad del celador reunir los suministros necesarios, como champú suave, agua tibia, toallas, guantes desechables y cualquier otro elemento que se requiera.

Durante el procedimiento, el celador colabora con el personal de atención médica para posicionar al paciente de manera cómoda y segura. Esto puede incluir ayudar a elevar la cabeza del paciente ligeramente para facilitar el acceso al cuero cabelludo y mantener una posición estable durante el lavado.

Además, el celador puede desempeñar un papel crucial en la comunicación con el paciente. Es importante explicar con calma y claridad lo que está sucediendo, tranquilizar al paciente y responder a sus preguntas o preocupaciones. La empatía y la paciencia son habilidades esenciales en esta función, ya que el lavado de cabeza puede ser una experiencia vulnerable y, a veces, incómoda para el paciente.

La seguridad del paciente es una prioridad constante. El celador debe estar atento a cualquier señal de malestar o incomodidad durante el procedimiento y comunicar de inmediato cualquier problema al personal de atención médica. También debe asegurarse de que todos los materiales utilizados estén en condiciones higiénicas y que se cumplan los protocolos de limpieza y desinfección.

Después del lavado de cabeza, el celador puede ayudar a secar y peinar el cabello del paciente si es necesario. Finalmente, se asegura de que el paciente esté cómodo y limpio antes de volver a su posición habitual en la cama.

Las funciones del celador en el lavado de cabeza de un paciente encamado abarcan la preparación del entorno, la asistencia durante el procedimiento, la comunicación efectiva con el paciente, la vigilancia de la seguridad y la colaboración con el personal de atención médica para garantizar un cuidado integral y respetuoso del paciente. Su presencia y apoyo son fundamentales para proporcionar una atención de calidad y mejorar la experiencia del paciente encamado.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador para un buen lavado de cabeza del paciente encamado es priorizar la comodidad y la dignidad del paciente en todo momento. Esto implica tratar al paciente con respeto, empatía y sensibilidad durante el procedimiento. Asegúrate de que el paciente esté relajado y cómodo antes

de comenzar y comunica claramente cada paso del proceso.

Mantén una actitud calmada y tranquilizadora, respondiendo a las preguntas o preocupaciones del paciente con amabilidad. Evita movimientos bruscos y utiliza una técnica suave al lavar y secar el cabello para prevenir molestias.

La privacidad del paciente también es esencial; utiliza cortinas o sábanas para garantizar que se sienta protegido y respetado en todo momento. Al seguir estos principios de atención centrada en el paciente, el celador contribuye a un lavado de cabeza exitoso que promueve la higiene y el bienestar del paciente encamado.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 723

PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA QUE NECESITA INTERVENCIÓN POR EL CELADOR

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

NATALIA MARCOS GÓMEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

1 Introducción

La apendicitis aguda es una afección médica que involucra la inflamación del apéndice, un pequeño órgano ubicado en la parte inferior derecha del abdomen. Esta condición es una emergencia médica que requiere una atención inmediata, ya que si no se trata, puede llevar a complicaciones graves, como la ruptura del apéndice y la propagación de infecciones potencialmente mortales en la cavidad abdominal.

La causa exacta de la apendicitis aguda no siempre está clara, pero generalmente se cree que está relacionada con la obstrucción del apéndice, posiblemente debido a la acumulación de material fecal, infecciones o inflamación de los ganglios linfáticos cercanos. Los síntomas característicos incluyen un dolor abdominal agudo

y persistente en la región derecha inferior del abdomen, náuseas, vómitos, fiebre y sensibilidad al tacto en esa área.

El diagnóstico de la apendicitis aguda suele requerir una evaluación médica, que puede incluir pruebas de sangre, como un recuento de glóbulos blancos elevado, y estudios de imágenes como la tomografía computarizada. El tratamiento estándar implica la extirpación quirúrgica del apéndice, conocida como apendicectomía, para prevenir la ruptura y las complicaciones subsiguientes.

La apendicitis aguda es una condición médica grave que involucra la inflamación del apéndice y requiere una atención médica urgente. Reconocer los síntomas y buscar atención médica rápidamente es crucial para prevenir complicaciones potencialmente mortales.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene este profesional en aquellas tareas en el hospital que se reflejan en el título.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El papel del celador en el cuidado del paciente con apendicitis aguda es fundamental para garantizar una atención de calidad y el bienestar del enfermo. Aunque su trabajo puede variar según el entorno hospitalario y las políticas específicas, aquí se describen algunas de las funciones esenciales que desempeña:

Asistencia en la admisión: El celador puede ser el primer contacto del paciente en el hospital. Debe recibirlo con amabilidad, ayudarlo con la admisión, explicar el proceso y ofrecer apoyo emocional.

Transporte seguro: Garantizar un traslado seguro del paciente a través del hospital es vital. Esto incluye llevar al paciente a las pruebas diagnósticas como to-

mografías o ecografías, y luego de vuelta a su habitación.

Colaboración en la preparación para la cirugía: Si se requiere una apendicectomía, el celador puede ayudar a preparar al paciente para la cirugía. Esto implica asegurarse de que el paciente esté vestido adecuadamente y llevarlo a la sala de operaciones de manera segura.

Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el paciente es esencial. El celador puede responder preguntas, proporcionar información sobre el proceso y calmar las preocupaciones del paciente.

Asistencia en la movilización: Después de la cirugía, ayudar al paciente a moverse de manera segura en la cama o cuando esté listo para levantarse. Esto puede ayudar a prevenir complicaciones y acelerar la recuperación.

Vigilancia: El celador debe estar atento a cualquier cambio en el estado del paciente, como signos de infección o problemas postoperatorios, y comunicarlos al personal de enfermería o médico.

Cuidado del entorno: Mantener el entorno del paciente limpio y ordenado es esencial para prevenir infecciones. Esto puede incluir cambiar la ropa de cama o limpiar la habitación según sea necesario.

Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional al paciente y a sus familiares es importante. La apendicitis aguda y la cirugía pueden ser estresantes, y el celador puede ofrecer palabras de aliento y comprensión.

El celador juega un papel crucial en el cuidado del paciente con apendicitis aguda, proporcionando asistencia física, emocional y logística. Su presencia y atención dedicada contribuyen significativamente al bienestar y la recuperación del paciente en este contexto médico.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador en la movilización del paciente intervenido de apendicitis es priorizar la seguridad y comodidad del paciente. Durante la movilización, es esencial realizar cada paso con suavidad y precaución, evitando movimientos bruscos o repentinos que puedan causar dolor o incomodidad al paciente. Asegúrate de que el paciente comprenda las restricciones de movimiento y, si es necesario, utiliza ayudas como barandas o dispositivos de

asistencia para garantizar su estabilidad.

Además, presta una atención constante al estado del paciente mientras se moviliza. Si el paciente experimenta dolor, mareos o cualquier síntoma preocupante, detén la movilización de inmediato y notifica al personal médico. La comunicación efectiva con el paciente es clave; pregúntales cómo se sienten y si necesitan algún apoyo adicional. En última instancia, el celador debe ser un aliado en la recuperación del paciente, garantizando que la movilización se realice de manera segura y respetuosa para facilitar su proceso de recuperación posquirúrgica.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibruarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 724

EL QUIRÓFANO DE URGENCIAS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

NATALIA MARCOS GÓMEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

1 Introducción

Un quirófano de urgencias hospitalario es una instalación médica especialmente diseñada y equipada para llevar a cabo cirugías de emergencia. Este espacio es esencial en los hospitales para atender a pacientes que presentan afecciones graves que requieren una intervención quirúrgica inmediata para salvar vidas o prevenir complicaciones severas.

Estos quirófanos están equipados con tecnología médica de vanguardia, incluyendo monitores, instrumentos quirúrgicos esterilizados y equipos de anestesia. Además, cuentan con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, como cirujanos, anestesiólogos, enfermeras especializadas y celadores, todos entrenados para responder rápidamente a situaciones de emergencia.

El quirófano de urgencias hospitalario es un entorno altamente regulado, donde se siguen estrictos protocolos para garantizar la seguridad del paciente. La pri-

oridad es estabilizar al paciente y realizar la cirugía necesaria con eficacia y precisión.

Un quirófano de urgencias hospitalario es un componente crítico de un hospital, destinado a brindar atención quirúrgica inmediata a pacientes en situaciones de emergencia, lo que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte o la prevención de complicaciones graves. Está diseñado con tecnología avanzada y personal altamente capacitado para responder con rapidez y eficacia a las necesidades de los pacientes en estado crítico o pacientes que hay que atender.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos el grupo de celadores es la publicación para poder explicar las distintas funciones que tiene este profesional en aquellas tareas en el hospital que se reflejan en el título.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en el quirófano hospitalario de urgencias, donde la eficiencia y la coordinación son cruciales para salvar vidas. Sus funciones abarcan diversas áreas que garantizan el funcionamiento efectivo de este entorno de atención médica de alta presión.

Preparación del quirófano: Antes de la cirugía de urgencia, el celador contribuye a preparar el quirófano. Esto implica verificar que todos los equipos, instrumentos y suministros necesarios estén en su lugar y en condiciones óptimas. Asiste en la esterilización de equipos y la preparación de la sala para el procedimiento.

Traslado del paciente: El celador es responsable de llevar al paciente de la sala de espera o la unidad de cuidados intensivos al quirófano de urgencias. Debe hacerlo con cuidado, considerando la comodidad y seguridad del paciente.

Asistencia durante la cirugía: En el quirófano, el celador ayuda a posicionar al paciente en la mesa de operaciones y asegurarse de que esté cómodo y seguro. Colabora en la movilización y posicionamiento del equipo médico y quirúrgico.

Entrega de suministros: Durante la cirugía, el celador puede ser responsable de entregar suministros adicionales, como instrumentos esterilizados o materiales quirúrgicos, según las indicaciones del equipo médico.

Control del entorno: Mantener el quirófano limpio y ordenado es crucial para prevenir infecciones y garantizar un ambiente seguro. El celador ayuda a mantener la higiene y a desechar los materiales de manera adecuada.

Comunicación y registro: El celador registra información importante sobre el paciente y la cirugía, como la hora de ingreso y salida del quirófano, y cualquier observación relevante. También debe estar preparado para comunicar emergencias o cambios en la condición del paciente al equipo médico.

Traslado postoperatorio: Una vez que la cirugía ha concluido, el celador traslada al paciente de regreso a su unidad de cuidados intensivos o a otra área de recuperación. Debe hacerlo con el mismo cuidado y consideración que en el traslado inicial.

Apoyo emocional: En situaciones de urgencia, el celador puede ofrecer apoyo emocional al paciente y sus familiares, proporcionando información y tranquilidad en momentos de estrés.

En resumen, el celador en el quirófano hospitalario de urgencias desempeña un papel esencial en la preparación, asistencia y seguimiento de los pacientes durante procedimientos críticos. Su contribución a la eficiencia y seguridad en el quirófano es invaluable para garantizar una atención de calidad en situaciones de emergencia médica.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para un buen funcionamiento del quirófano de urgencias, desde la perspectiva del celador, es mantener una comunicación eficaz y una coordinación fluida con todo el equipo médico. Esto implica estar siempre disponible, atento y dispuesto a colaborar, siguiendo las indicaciones del personal médico de manera precisa y rápida.

Además, la limpieza y la organización son fundamentales para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente. Mantener un ambiente estéril y asegurarse de que todos los suministros estén correctamente etiquetados y disponibles es esencial.

La empatía hacia el paciente y sus familiares también desempeña un papel importante. Brindar apoyo emocional y mantener un enfoque compasivo durante situaciones de emergencia puede marcar una diferencia significativa en la experiencia del paciente y sus seres queridos.

Un celador eficaz en el quirófano de urgencias es aquel que se destaca por su comunicación, organización, atención a la limpieza y empatía, colaborando estrechamente con el equipo médico para garantizar un ambiente seguro y eficiente para la atención de pacientes en situaciones críticas.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 725

ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PERSONAL DE UN HOSPITAL

MONICA NAVARRO AGUILERA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MARTA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La función de un auxiliar administrativo en el servicio de personal de un hospital es esencial para garantizar la eficiencia y el funcionamiento fluido de todas las actividades relacionadas con la gestión de recursos humanos en este entorno de atención médica. Este rol requiere una combinación de habilidades administrativas, conocimientos sobre políticas y regulaciones de recursos humanos, así como la capacidad de interactuar de manera efectiva con el personal médico, los empleados y los pacientes.

En esta serie de secciones, exploraremos en detalle la organización y el desarrollo de las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de personal de

un hospital. Abordaremos las responsabilidades clave que recaen en este rol, las habilidades necesarias para desempeñarlo eficazmente y cómo estas funciones contribuyen al bienestar general del hospital y su capacidad para brindar atención médica de calidad.

A medida que avanzamos, examinaremos aspectos como la administración de registros de empleados, la gestión de horarios y turnos, la coordinación de procesos de contratación y capacitación, la comunicación interna y externa, y el cumplimiento de las normativas laborales y de seguridad en el entorno hospitalario. También consideraremos cómo las habilidades de organización, comunicación y trabajo en equipo son esenciales para llevar a cabo estas funciones de manera efectiva.

En resumen, el papel del auxiliar administrativo en el servicio de personal de un hospital es crucial para mantener una operación fluida y eficiente en el ámbito de recursos humanos. A lo largo de esta exploración, examinaremos en detalle cómo estas funciones se organizan, desarrollan y ejecutan, y cómo contribuyen al éxito general del hospital en su misión de proporcionar atención médica de calidad a los pacientes.

2 Objetivos

- Administración de registros de empleados, la gestión de horarios y turnos, la coordinación de procesos de contratación y capacitación, la comunicación interna y externa, y el cumplimiento de las normativas laborales y de seguridad en el entorno hospitalario.
- Organización, comunicación y trabajo en equipo

3 Metodología

La función de un auxiliar administrativo en el servicio de personal de un hospital es esencial para garantizar la eficiencia y el funcionamiento fluido de todas las actividades relacionadas con la gestión de recursos humanos en este entorno de atención médica. Este rol requiere una combinación de habilidades administrativas, conocimientos sobre políticas y regulaciones de recursos humanos, así como la capacidad de interactuar de manera efectiva con el personal médico, los empleados y los pacientes.

En esta serie de secciones, exploraremos en detalle la organización y el desarrollo de las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de personal de un hospital. Abordaremos las responsabilidades clave que recaen en este rol, las habilidades necesarias para desempeñarlo eficazmente y cómo estas funciones contribuyen al bienestar general del hospital y su capacidad para brindar atención médica de calidad.

A medida que avanzamos, examinaremos aspectos como la administración de registros de empleados, la gestión de horarios y turnos, la coordinación de procesos de contratación y capacitación, la comunicación interna y externa, y el cumplimiento de las normativas laborales y de seguridad en el entorno hospitalario. También consideraremos cómo las habilidades de organización, comunicación y trabajo en equipo son esenciales para llevar a cabo estas funciones de manera efectiva.

En resumen, el papel del auxiliar administrativo en el servicio de personal de un hospital es crucial para mantener una operación fluida y eficiente en el ámbito de recursos humanos. A lo largo de esta exploración, examinaremos en detalle cómo estas funciones se organizan, desarrollan y ejecutan, y cómo contribuyen al éxito general del hospital en su misión de proporcionar atención médica de calidad a los pacientes.

4 Resultados

El rol del auxiliar administrativo en el servicio de personal de un hospital implica una variedad de responsabilidades esenciales para el funcionamiento efectivo de la gestión de recursos humanos en un entorno médico. A continuación, se presentan algunas de las funciones clave que desempeña este rol:

- Administración de Registros de Empleados: Mantenimiento preciso de registros de empleados, incluidos datos personales, antecedentes laborales, evaluaciones de desempeño y documentos relacionados con la contratación.
- Gestión de Horarios y Turnos: Programación de horarios y turnos para el personal médico y administrativo, asegurando una cobertura adecuada en todas las áreas del hospital y minimizando conflictos.
- Procesos de Contratación: Participación en la planificación y ejecución de procesos de contratación, incluida la redacción de anuncios de trabajo, revisión de currículos, coordinación de entrevistas y facilitación de la incorporación de nuevos

empleados.

- Coordinación de Capacitación: Organización de programas de capacitación para el personal, asegurando que estén actualizados en las mejores prácticas médicas, normativas y políticas internas.

- Comunicación Interna y Externa: Facilitación de la comunicación entre diferentes departamentos del hospital y con el personal médico y administrativo. También puede involucrar la comunicación con proveedores externos y pacientes en asuntos relacionados con el personal.

Gestión de Beneficios y Nóminas:

- Administración de beneficios para empleados, como seguro médico y vacaciones, así como la coordinación de los procesos de nómina en colaboración con el departamento financiero.

- Cumplimiento Normativo: Aseguramiento de que el hospital cumple con las leyes laborales, regulaciones de salud y seguridad en el trabajo, así como políticas internas relacionadas con el personal.

- Manejo de Documentación: Organización y mantenimiento de documentos legales, contratos laborales, registros de asistencia y otros documentos relacionados con el personal.

- Apoyo a la Resolución de Conflictos: Colaboración en la resolución de problemas y conflictos entre el personal, asegurando un entorno de trabajo armonioso.

- Actualización de Políticas y Procedimientos: Colaboración en la revisión y actualización de políticas y procedimientos relacionados con el personal, garantizando que estén alineados con las mejores prácticas y las regulaciones actuales.

- Recopilación y Análisis de Datos: Extracción y análisis de datos relevantes para la gestión de recursos humanos, como tasas de rotación, absentismo y otros indicadores clave de rendimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo en el servicio de personal de un hospital desempeña un papel crucial en la gestión eficiente y efectiva de los recursos humanos en el entorno médico. A través de una variedad de funciones clave, este rol contribuye al funcionamiento fluido del hospital y al bienestar tanto del personal

como de los pacientes. Las responsabilidades abarcan desde la administración de registros de empleados hasta la coordinación de procesos de contratación y la gestión de beneficios y nóminas.

La habilidad para organizar y desarrollar estas funciones es esencial para garantizar que el hospital cuente con un equipo de trabajo comprometido, competente y motivado. El auxiliar administrativo en el servicio de personal actúa como el enlace entre el personal médico y administrativo, asegurando una comunicación clara y una colaboración efectiva en todos los niveles.

La importancia de cumplir con las regulaciones laborales y de salud y seguridad en el trabajo subraya la necesidad de una gestión precisa y minuciosa por parte del auxiliar administrativo. Además, la capacidad para adaptarse a los cambios en las políticas y procedimientos, así como para recopilar y analizar datos relevantes, permite una toma de decisiones informada que beneficia al hospital en su conjunto.

En última instancia, la labor del auxiliar administrativo en el servicio de personal contribuye directamente a la calidad de la atención médica brindada por el hospital. Al garantizar que el personal esté bien gestionado, motivado y en cumplimiento de las normativas, se crea un entorno propicio para ofrecer un cuidado médico excepcional a los pacientes. En este sentido, el auxiliar administrativo en el servicio de personal juega un papel integral en la misión general del hospital y en su compromiso con la salud y el bienestar de la comunidad que atiende.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 726

LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO MIEMBRO DEL SERVICIO DE ADMISION DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

MONICA NAVARRO AGUILERA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MARTA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La figura del auxiliar administrativo desempeña un papel esencial como parte integral del equipo del servicio de admisión de urgencias en un hospital. En un entorno de atención médica de ritmo rápido y en constante evolución, el auxiliar administrativo aporta una valiosa contribución para asegurar que el proceso de admisión de pacientes en situaciones de urgencia sea eficiente, organizado y orientado al paciente. Esta introducción explorará cómo el auxiliar administrativo se integra en el servicio de admisión de urgencias, su importancia en la prestación de atención médica efectiva y cómo su participación mejora la experiencia general del paciente y del personal médico.

El servicio de admisión de urgencias es la primera línea de contacto para los pacientes que requieren atención médica inmediata. En este contexto, el auxiliar administrativo cumple un papel fundamental al gestionar tareas administrativas y logísticas que permiten al equipo médico concentrarse en la atención médica crítica. Desde recibir y registrar a los pacientes hasta coordinar la documentación y garantizar la comunicación fluida entre los diversos departamentos, el auxiliar administrativo actúa como un vínculo vital entre el personal médico y los pacientes.

A lo largo de esta exploración, se abordarán las responsabilidades clave del auxiliar administrativo en el servicio de admisión de urgencias, que van desde la recepción inicial de pacientes y la gestión de registros médicos hasta la coordinación de la asignación de camas y la colaboración con el personal de enfermería y médico. Además, se destacará cómo el auxiliar administrativo contribuye a la agilidad operativa, ayudando a reducir los tiempos de espera y a optimizar los recursos hospitalarios.

En última instancia, la presencia del auxiliar administrativo en el servicio de admisión de urgencias no solo agiliza los procesos administrativos, sino que también promueve una experiencia más humanizada para los pacientes y sus familias en momentos de crisis. Al proporcionar apoyo logístico y asegurar una comunicación efectiva, el auxiliar administrativo contribuye al funcionamiento eficiente de este entorno dinámico y a la misión general del hospital de brindar atención médica de alta calidad en situaciones críticas. En las siguientes secciones, se analizarán en detalle las funciones y responsabilidades específicas del auxiliar administrativo en este contexto, destacando su papel esencial en el equipo de admisión de urgencias.

2 Objetivos

- Recepción inicial de pacientes y la gestión de registros médicos.
- Colaboración con el personal de enfermería y médico por parte del auxiliar administrativo

3 Metodología

Para la realización de la presente comunicación, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La figura del auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental como parte integral del equipo del servicio de admisión de urgencias en un hospital. Sus funciones son esenciales para garantizar un flujo eficiente y organizado de pacientes en situaciones críticas. A continuación, se detallan algunas de las principales funciones que realiza el auxiliar administrativo en este entorno:

- Recepción y Registro de Pacientes: Dar la bienvenida a los pacientes y sus familiares al servicio de admisión de urgencias. Recopilar información básica y esencial del paciente para iniciar el proceso de admisión. Registrar de manera precisa los datos del paciente en el sistema de registros médicos.
- Coordinación de Documentación: Asegurarse de que se recopilen y completen adecuadamente los formularios de admisión y consentimiento. Colaborar con el personal de enfermería para asegurarse de que se recopilen los antecedentes médicos relevantes.
- Comunicación Interna y Externa: Facilitar la comunicación entre el personal médico, de enfermería y otros departamentos. Informar a los médicos y enfermeras sobre la llegada de nuevos pacientes y su estado de urgencia.
- Asignación de Camas: Coordinar la asignación de camas para los pacientes que requieren hospitalización después de la evaluación médica. Mantener registros actualizados de las camas disponibles y ocupadas.
- Gestión de Datos y Registros: Mantener registros precisos y actualizados de los pacientes admitidos y sus datos médicos básicos. Garantizar la confidencialidad y la integridad de la información del paciente.
- Apoyo Logístico: Ayudar en la preparación de las salas de examen y otros espacios necesarios para la evaluación médica. Coordinar el suministro de materiales y equipos médicos según las necesidades del personal médico.
- Atención al Paciente y Familiares: Brindar información básica a los pacientes y sus familias sobre el proceso de admisión y los próximos pasos. Ofrecer asistencia

en la orientación a las áreas relevantes del hospital.

- Colaboración con el Personal Médico: Trabajar en estrecha colaboración con los médicos y enfermeras para garantizar una transición fluida y eficiente de los pacientes al tratamiento médico.
- Gestión de Emergencias: Estar preparado para manejar situaciones de emergencia y asegurarse de que los pacientes reciban atención rápida y adecuada.
- Registro de Datos Estadísticos: Recolectar datos relevantes para la generación de informes estadísticos y análisis de los flujos de pacientes en urgencias.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la figura del auxiliar administrativo desempeña un papel vital y multifacético como parte integral del equipo del servicio de admisión de urgencias en un hospital. Su presencia y contribución son esenciales para garantizar la eficiencia, organización y atención de calidad en situaciones médicas críticas. Al interactuar con pacientes, familiares y el equipo médico, el auxiliar administrativo agiliza los procesos administrativos, alivia la carga de trabajo del personal médico y mejora la experiencia global de los pacientes.

La colaboración del auxiliar administrativo en la recepción y registro de pacientes, coordinación de documentación, asignación de camas y comunicación interna y externa, entre otras funciones, contribuye a un flujo continuo y seguro de pacientes en el servicio de admisión de urgencias. Su capacidad para trabajar bajo presión y mantener una comunicación efectiva es crucial en un entorno donde cada segundo cuenta.

Además de su papel logístico, el auxiliar administrativo aporta un aspecto humano al servicio de admisión de urgencias. Brindar información y apoyo a los pacientes y sus familias en momentos de angustia demuestra empatía y compasión, creando un ambiente más cálido y reconfortante en medio de situaciones estresantes.

En última instancia, la participación del auxiliar administrativo en el servicio de admisión de urgencias refleja el compromiso del hospital con la atención centrada en el paciente y la eficiencia operativa. Su habilidad para colaborar con el equipo médico y administrativo, y para manejar una amplia gama de tareas, hace que sea una pieza clave en la entrega exitosa de atención médica de urgencia

de calidad. La presencia del auxiliar administrativo como parte integral de este equipo reafirma su papel esencial en el logro de los objetivos hospitalarios y en el bienestar general de los pacientes y la comunidad que atiende.

6 Bibliografía

- Ocronos
- Revista médica Ciencia Sanitaria

Capítulo 727

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)

MONICA NAVARRO AGUILERA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MARTA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La unidad de cirugía sin ingreso, también conocida como cirugía ambulatoria o cirugía de día, desempeña un papel fundamental en la atención médica moderna al proporcionar un entorno eficiente y especializado para realizar procedimientos quirúrgicos que no requieren hospitalización prolongada. En esta unidad, los pacientes son admitidos, intervenidos quirúrgicamente y dados de alta en el mismo día, lo que permite una recuperación en la comodidad de sus hogares. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo adquiere una importancia crucial al ser el enlace entre los pacientes, los profesionales médicos y el equipo de gestión.

La función del auxiliar administrativo en la unidad de cirugía sin ingreso va más allá de las tareas puramente administrativas. Si bien se encarga de la coordinación

de citas y del registro de los pacientes, también actúa como un punto de apoyo para los pacientes y sus familias durante un momento que puede ser emocionalmente cargado. Además, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la preparación del quirófano y en la comunicación fluida entre los distintos departamentos involucrados en el proceso quirúrgico.

Esta unidad requiere una alta eficiencia en la gestión del tiempo y una habilidad para trabajar en un entorno dinámico. La capacidad de mantener la calma y brindar un trato humano y respetuoso es esencial, ya que los pacientes pueden estar ansiosos o nerviosos antes de la cirugía. La coordinación precisa y la comunicación efectiva también son aspectos fundamentales para asegurar que los procedimientos quirúrgicos se desarrollen sin contratiempos y que los pacientes reciban el nivel de cuidado adecuado.

En esta serie de respuestas, exploraremos más a fondo el papel del auxiliar administrativo en la unidad de cirugía sin ingreso, abordando sus responsabilidades clave, las diferencias entre esta unidad y la cirugía con ingreso, y proporcionando una conclusión integral sobre su impacto en la atención médica y el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer las funciones más importantes del auxiliar administrativo en la unidad de cirugía sin ingreso.
- Conocer las principales diferencias con las funciones de unidad de cirugía con ingreso y la importancia del papel del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, se detallan las responsabilidades y funciones clave del auxiliar administrativo en esta unidad:

- Coordinación de Agenda: El auxiliar administrativo es responsable de programar las cirugías y asegurarse de que haya una distribución adecuada del tiempo quirúrgico. Esto incluye coordinar con los médicos, anestesiólogos y otros profesionales de salud para garantizar que haya disponibilidad para llevar a cabo los procedimientos.
- Gestión de Pacientes: El auxiliar administrativo recopila la información necesaria de los pacientes, como historias médicas, informes de pruebas preoperatorias y detalles de contacto. También se encarga de proporcionar instrucciones preoperatorias, como ayuno y preparación previa a la cirugía.
- Documentación y Registro: Durante el proceso de admisión, el auxiliar administrativo completa la documentación necesaria, como formularios de consentimiento informado, registros médicos y documentación financiera. Es importante mantener un registro preciso y completo de cada paciente.
- Comunicación: El auxiliar administrativo actúa como enlace entre los pacientes, el personal médico y otros departamentos, como el de facturación y seguros. Debe comunicar los detalles relevantes a cada parte para asegurarse de que todos estén preparados para el procedimiento.
- Preparación de Quirófano: Antes de cada cirugía, el auxiliar administrativo asegura que el quirófano esté preparado con los suministros y equipos necesarios. Esto puede incluir verificar que los instrumentos estén esterilizados y que los materiales desechables estén disponibles.
- Seguimiento Postoperatorio: Después de la cirugía, el auxiliar administrativo se encarga de seguir el progreso de los pacientes y programar citas de seguimiento según lo recomendado por los médicos.
- Gestión de Recursos: El auxiliar administrativo puede ser responsable de gestionar el inventario de suministros médicos y coordinar con el personal de enfermería para asegurarse de que haya suficientes materiales disponibles para cada procedimiento.
- Facturación y Seguros: Asegurarse de que la facturación y los detalles de los

seguros estén en orden es esencial para evitar problemas financieros tanto para la institución como para los pacientes. El auxiliar administrativo puede colaborar con el departamento de facturación para garantizar una facturación precisa y oportuna.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las funciones del auxiliar administrativo en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) son esenciales para garantizar el flujo eficiente de los procesos administrativos y asistenciales en el entorno quirúrgico ambulatorio. Desde la coordinación de citas y preparación de documentación hasta la atención al paciente y el soporte al equipo médico, el auxiliar administrativo desempeña un papel integral en la optimización de la atención y la satisfacción del paciente. La comunicación efectiva, la organización meticulosa y el enfoque en la seguridad y el bienestar del paciente son elementos clave que el auxiliar administrativo aporta a la UCSI. En última instancia, su participación contribuye a un entorno quirúrgico fluido, seguro y eficaz para los pacientes y el personal médico por igual.

Nos gustaría recalcar la importancia de mantener la meticulosidad en una Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) ya que es una unidad que requiere de una gran precisión, haciendo todo con detenimiento, cuidando los más mínimos detalles.

6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

Capítulo 728

PREPARACIÓN DE ALIMENTOS SEGUROS PARA PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIO

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

VICTOR SERRANO SIMON

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

1 Introducción

Los pacientes inmunocomprometidos, como aquellos con cáncer, VIH/SIDA, trasplantes de órganos o en tratamiento con medicamentos inmunosupresores, requieren una atención especial en términos de alimentación para evitar el riesgo de infecciones alimentarias. Los pacientes inmunocomprometidos son individuos que presentan un sistema inmunológico debilitado, lo que los hace susceptibles a infecciones y enfermedades. La preparación de alimentos seguros es esencial para evitar la transmisión de patógenos y garantizar la salud de estos pacientes. Una dieta adecuada va a desempeñar un papel fundamental en el apoyo a sus sistemas inmunológicos y en la prevención de infecciones.

El personal de cocina hospitalario, conocido coloquialmente como "pinche de cocina", juega un papel esencial en la preparación de alimentos seguros y nutritivos para estos pacientes. Sin embargo, es esencial evaluar la calidad y la seguridad de las dietas que se ofrecen al paciente inmunocomprometido.

Este trabajo va a analizar las prácticas y pautas recomendadas para la preparación de alimentos seguros, incluyendo la manipulación adecuada de ingredientes, el control de la temperatura y la higiene del personal. Se va a enfocar en analizar la calidad y la eficacia de las dietas para pacientes inmunocomprometidos preparadas por el personal de cocina. Se examina la influencia de la formación y los conocimientos culinarios del personal de cocina en la creación de dietas seguras y nutricionalmente adecuadas.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer las pautas a seguir para la realización de las dietas a los pacientes que son inmunocomprometidos realizada a cargo del personal de cocina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El pinche de cocina es el encargado junto con otro personal de cocina de la realización de la comida a los pacientes hospitalizados y los trabajadores. Algunos pacientes van a padecer diferentes tipos de patologías. En este caso, el estudio se centra en los pacientes inmunocomprometidos, que son aquellos que tienen su sistema inmune debilitado a causa de alguna patología.

Se tienen en cuenta una serie de pautas y técnicas para que la alimentación de este tipo de pacientes sea segura y de calidad.

Estas pautas son:

1. Manipulación de Ingredientes: La selección y manipulación de ingredientes frescos y de calidad son fundamentales para reducir el riesgo de contaminación. El pinche de cocina debe asegurarse de lavar adecuadamente frutas y verduras antes de su uso, eliminando restos de tierra y posibles residuos de pesticidas. Además, se deben evitar ingredientes crudos o poco cocidos que puedan contener patógenos, optando por alternativas cocidas, asadas o hervidas.
2. Control de Temperatura: El control de temperatura es crítico para evitar el crecimiento bacteriano en los alimentos. El pinche de cocina debe asegurarse de que los alimentos se almacenen a temperaturas seguras, refrigerando los ingredientes perecederos a 4°C o menos y manteniendo los alimentos calientes a una temperatura de al menos 60°C. Además, se debe evitar el almacenamiento prolongado de alimentos cocidos, ya que esto aumenta el riesgo de proliferación bacteriana.
3. Higiene Personal y de Utensilios: La higiene personal es esencial para prevenir la contaminación cruzada. El personal de cocina debe lavarse las manos regularmente con agua y jabón, especialmente después de tocar alimentos crudos, ir al baño o cualquier actividad que pueda contaminar las manos. Además, se deben utilizar guantes desechables al manipular alimentos listos para consumir y cambiarlos regularmente. Los utensilios y superficies de trabajo también deben limpiarse y desinfectarse adecuadamente para evitar la propagación de patógenos.
4. Capacitación y Educación: Es esencial que el personal de cocina hospitalario reciba capacitación continua sobre prácticas de seguridad alimentaria y se mantenga al tanto de las pautas y regulaciones vigentes. La formación debe incluir información sobre la identificación de ingredientes seguros, la prevención de la contaminación cruzada, el uso adecuado de termómetros de alimentos y la importancia de la higiene personal.

5 Discusión-Conclusión

La preparación de alimentos seguros para pacientes inmunocomprometidos es una responsabilidad crucial del pinche de cocina hospitalario, además de ser un factor crítico en su estado de salud y en su recuperación. La manipulación adecuada de ingredientes, el control de temperatura, la higiene personal y la educación continua son componentes esenciales para garantizar la seguridad y la salud de esta población vulnerable. La implementación de prácticas adecuadas en la cocina hospitalaria puede contribuir significativamente a la prevención de infecciones alimentarias y al bienestar general de los pacientes inmunocompro-

metidos. Se recomienda una mayor formación y sensibilización del personal de cocina sobre las necesidades dietéticas y únicas de estos pacientes.

6 Bibliografía

1.<https://es.scribd.com/document/43452404/TIPOS-DE-DIETAS-CONCEPTOS-BASICOS-TEMA-2>.

2.<https://hospifood.com/descargas/actualizacion-en-bromatologia-hospitalaria.pdf>.

3.<https://www.murciasalud.es/documents/153065/3949551/Pinche+TEMA+3.pdf/1b29074d-b9a5-4e67-b4b2-8fcfba80705?t=1670249092484>

<https://sinfsa.com/producto/alimentos-en-dietas-para-pinches-y-cocineros-en-la-cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 729

ACTIVIDADES QUE DESARROLLA EL PINCHE DE COCINA EN EL CENTRO Y TREN DE LAVADO DE UNA COCINA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

VERONICA DONOSO CONDE

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

Las personas que forman el equipo de cocina realizan un papel primordial en el ejercicio de su trabajo, logrando que sea eficaz y eficiente, a la vez que seguro, en la cocina del ámbito hospitalario.

Entre las diferentes personas que conforman el equipo de cocina, cabe destacar las funciones y responsabilidades que lleva a cabo el pinche de cocina, pieza clave en el centro y tren de lavado de la cocina hospitalaria, brindando con su labor

que se conserve el orden apropiado, así como la higiene exhaustiva necesaria en la cocina de un hospital.

El tren de lavado es una cadena de transporte, en ella el pinche de cocina sitúa los diferentes utensilios y accesorios para que se realice su limpieza, revisando cada uno de dichos utensilios una vez haya terminado el lavado de estos. El pinche de cocina debe tener los conocimientos precisos para poder realizar las actividades y responsabilidades definidas que se llevan a cabo en el centro de tren del lavado, dado que estas tareas resultan esenciales para, de esta forma, poder asegurar que los alimentos que se les servirán a los pacientes cuenten con la seguridad y calidad establecida basándose en los diferentes protocolos y normativas vigentes con relación a la higiene y seguridad alimentaria.

El área de centro y tren de lavado tiene una gran importancia dentro de una cocina hospitalaria, dado que es la zona en la que se realiza tanto la limpieza como la desinfección de todos aquellos utensilios y demás accesorios que se han utilizado en la elaboración de las dietas de los pacientes, siendo fundamental que la limpieza y el mantenimiento se realice de una manera correcta e integral de los mismos, como utilizar las cantidades adecuadas de los productos químicos que se utilizan, así como el apropiado lavado y secado de los utensilios y accesorios, garantizando la higiene y seguridad en su limpieza.

2 Objetivos

Analizar las diferentes funciones que realiza el pinche de cocina en el centro y tren de lavado en la cocina dentro del entorno hospitalario, con la finalidad de entender su valía en la ayuda que, a través de su trabajo, beneficia a la salud de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una vez analizada la información de la que se disponía, se ha podido encontrar que el pinche de cocina en el centro y tren de lavado de una cocina en el contexto hospitalario asume diferentes responsabilidades y funciones específicas que resultan esenciales para una adecuada limpieza y desinfección de la vajilla, cubtería, cristalería y demás utensilios utilizados en la elaboración de las comidas para los pacientes, así como aquellos útiles que son usados por los propios pacientes. Una de las responsabilidades que el pinche de cocina ostenta en el centro o tren de lavado consiste en la limpieza y desinfección de todos los equipos que hayan sido manipulados para la preparación de los platos de los pacientes, por lo tanto, el pinche de cocina utilizará aquellos productos adecuados para el lavado, entre los que se encuentran detergentes y desinfectantes; así garantizará que la limpieza se haya producido adecuadamente, además de asegurarse de que no quedan restos de residuos una vez terminada la limpieza, ya que de haberlos podría darse el caso de que en los residuos haya microorganismos patógenos, lo que perjudicaría directamente en la salud de los pacientes. Es importante que el pinche de cocina observe y vele porque los equipos que realizan el lavado se encuentren en perfectas condiciones, así como realizar inspecciones regularmente para asegurarse de que no existan fallos o haya que realizar un mantenimiento en el tren de lavado, siempre utilizando los equipos de protección personal en base a ley de 31/1995, de 8 noviembre, de prevención de riesgos laborales.

El pinche de cocina es la persona encargada de ordenar y clasificar todos los utensilios de forma correcta en base a su utilización, una vez que se encuentren limpios y se haya asegurado de manera fehaciente que no quedan residuos de alimentos. Una distribución organizada de los diferentes utensilios facilita que a través de este método los utensilios estén listos para su uso y se encuentren de forma rápida, además de evitar que se produzca una contaminación cruzada por la clasificación inadecuada de los enseres.

Los residuos que quedan en el centro y tren de lavado deben ser separados dependiendo del tipo de desecho que se trate, función que también corresponde al pinche de cocina. Los residuos serán trasladados a los diferentes contenedores que existen para tal fin, en cumplimiento de la normativa de eliminación de residuos. Este punto resulta fundamental en materia de medio ambiente, cambio climático y prevención de la salud.

Otra de las funciones del pinche de cocina en el centro y tren de lavado consiste en la revisión del inventario de los utensilios, vajillas y demás accesorios que han sido limpiados, con la finalidad de llevar un control actualizado de todos los

suministros que se encuentran disponibles, así como en caso de que haya que reponer por falta de material o porque se encuentre en mal estado, efectuar el correspondiente pedido, evitando de esta forma la insuficiencia de utensilios y que estos se encuentren en buen estado para su utilización.

Cabe destacar la importancia de que el pinche de cocina realice sus actividades en el centro y tren de lavadora, cumpliendo en todo momento con la normativa de higiene y seguridad, de esta forma se evitará que se produzca contaminación en los utensilios, equipos y demás accesorios, previniendo la transmisión de enfermedades a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Después de la elaboración de este capítulo, se puede objetivar que las responsabilidades y funciones específicas que realiza el pinche de cocina en el centro y tren de lavado en la cocina hospitalaria son primordiales para que pueda asegurarse que la alimentación de los pacientes sea segura. La limpieza y la desinfección apropiada de utensilios, cubertería como del resto de accesorios resulta crucial para que no se produzca contaminación en la utilización de diferentes materiales para la elaboración de las dietas de los pacientes, garantizando la higiene y seguridad en la nutrición de mencionados pacientes.

A su vez, también destaca la labor del pinche de cocina en el centro y tren de lavado de una cocina en el entorno hospitalario de la eliminación correcta de los desechos en los diversos contenedores ubicados para ello, contribuyendo así a no perjudicar al medio ambiente.

Por último, puntualizar la necesidad que los pinches de cocina en el centro y tren de lavado deben tener los conocimientos específicos y una continua formación para realizar sus funciones de una forma efectiva y eficiente, favoreciendo tanto que la limpieza sea la adecuada evitando riesgos como que los desechos se eliminen siguiendo las normativas vigentes.

6 Bibliografía

Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-11604-consolidado.pdf>

Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8563-consolidado.pdf>

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>

Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-5809-consolidado.pdf>

Protocolo para la gestión de residuos sanitarios (05 de junio de 2021). Servicio de Salud de Castilla-

La Mancha (SESCAM). https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/protocolo_gestion_residuos_sanitarios_2021.pdf

Real Decreto 770/1999, de 7 de mayo, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de detergentes y limpiadores. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-11049-consolidado.pdf>

Rodríguez, F., Román, M., Rodríguez, V., Vidal, J. y Díaz, J.M. (2003). Guía de implantación de sistemas de autocontrol en la restauración hospitalaria. (B. Nore, coord.). Ministerio de Sanidad y

Consumo. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/publicaciones/seguridad_alimentaria/restauracion_hospitalaria.pdf

Capítulo 730

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PINCHE DE COCINA EN EL ECONOMATO O ZONA DE ALMACENAMIENTO DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

VERONICA DONOSO CONDE

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario, la cocina destaca por ser una de las zonas que cobran mayor relevancia para asegurar que la alimentación de los pacientes cumpla con los criterios de calidad y seguridad, recibiendo estos una dieta nutricional equilibrada y ajustada a su patología adecuada. El rol del pinche de cocina en el economato o zona de almacenamiento es especialmente relevante dadas las diversas funciones que lleva a cabo como la organización y abastecimiento de la provisión de los alimentos.

En el economato o zona de almacenamiento de una cocina en el contexto hospitalario es el lugar donde se realiza la recepción, almacenamiento y distribución de los diferentes ingredientes necesarios para la elaboración de las dietas de los pacientes, así como las bebidas y otros productos, por lo que un adecuado procedimiento de las diversas tareas que el pinche de cocina realiza en el economato o zona de almacenamiento de la cocina hospitalaria influirá directamente en la calidad de la comida preparada para los diferentes pacientes que se encuentren en el hospital.

A través del presente capítulo, se investigará y analizará más a fondo sobre las diferentes tareas que el pinche de cocina realiza en el economato o zona de almacenamiento en una cocina hospitalaria.

2 Objetivos

- Describir las funciones y responsabilidades que el pinche de cocina realiza en el economato o zona de almacenamiento de la cocina dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una vez realizada la revisión sistemática, observamos que el área de economato o zona de almacenamiento en una cocina hospitalaria es el lugar en el cual se almacenan los diferentes alimentos, bebidas y demás productos que son esenciales para la preparación por parte del cocinero de las dietas de los pacientes. En este sentido, el pinche de cocina realiza varias tareas que son primordiales para el resultado óptimo de los platos cocinados.

El pinche de cocina en el economato o zona de almacenamiento es el miembro del equipo de cocina que recibe, almacena y distribuye las provisiones y demás suministros que son necesarios en la cocina del hospital para que ésta funcione

de manera correcta, por lo tanto, recibe los pedidos realizados, los cuales debe revisar y clasificar según la fecha de caducidad de los productos recibidos, lo que implica que el pinche de cocina deberá asegurarse que los alimentos que se vayan a almacenar se encuentren en condiciones perfectas, organizando mencionados alimentos en base a la fecha de caducidad y según la humedad y temperatura adecuada que precise cada producto.

Además de lo anterior, el pinche de cocina en el área de economato tiene la responsabilidad de organizar las estanterías, vigilar que tanto humedad como temperatura se encuentran en las condiciones apropiadas, clasificar los productos, así como la limpieza de la zona de almacenamiento, cuya finalidad es que dicha zona se mantenga organizada y limpia en todo momento. También será el pinche de cocina quien realice la preparación de los pedidos para la compra de las provisiones necesarias según las existencias que haya en stock.

Como se puede observar, el pinche de cocina en el economato o zona de almacenamiento es una persona clave, dado que, gracias a sus funciones, es quien inspecciona y verifica que todos los productos que se van a utilizar en la elaboración de las comidas cumplan con las diferentes normativas y reglamentaciones sanitarias, asegurando así que los alimentos cuenten con la calidad y seguridad necesaria en las dietas de los pacientes que se encuentran en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

El rol del pinche de cocina en el economato o zona de almacenamiento resulta esencial en una cocina en el contexto hospitalario, donde las responsabilidades y tareas que llevan a cabo, como el control de la mercancía, su adecuado almacenamiento, asegurar la seguridad y calidad cumpliendo los estándares de las normativas vigentes en relación con la seguridad alimentaria, etc., permiten garantizar una nutrición de calidad a los pacientes y evitando que exista un posible riesgo para su salud. Las habilidades y conocimientos que posee el pinche de cocina hacen que sus funciones se realicen de forma eficiente, lo que implica la optimización de las provisiones como también la reducción de alimentos desperdiciados.

6 Bibliografía

1. Guelbenzu, F., y Dueñas, P. (1990). Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios. Instituto Nacional de la Salud Secretaría General, editor.

Madrid. 2.https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_CocinaAlimen.pdf.

3.Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-11604-consolidado.pdf>.

4.Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8563-consolidado.pdf>.

5.Reglamento (CE) n° 853/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios. <https://www.boe.es/doue/2004/139/L00001-00054.pdf>

Rocaspana, J. (2018). Cocina Hospitalaria. Hospitecnia. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 731

FUNCIONES QUE LLEVA A CABO EL PINCHE DE COCINA EN EL OFFICE DE UNA COCINA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

VERONICA DONOSO CONDE

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

En primer lugar, es importante definir el término office, dado que se puede confundir con su significado en inglés y/u otros campos de trabajo. En relación con el ámbito culinario, la palabra office hace alusión a la zona en la que se limpia el menaje utilizado por el cocinero y el propio pinche de cocina, siendo este quien se encarga de su colocación y mantenimiento.

Dicho lo anterior, en este capítulo se hará un enfoque de las tareas que realiza el pinche de cocina en el office de la cocina hospitalaria, el cual es un miembro imprescindible del equipo de cocina dada las funciones que lleva a cabo que, principalmente, garantizarán que la manipulación y preparación de los alimentos se

realiza de forma correcta, a través de un funcionamiento tanto eficiente como seguro, por lo que de esta manera asegurarán que las comidas para los pacientes ingresados en el hospital cuenten con la calidad e higiene establecidas.

El office de una cocina dentro del ámbito hospitalario es una de las zonas principales por las funciones imprescindibles que el pinche de cocina realiza para una adecuada preparación de los alimentos que se utilizarán posteriormente en la elaboración de las comidas, por lo tanto, se detallará la importancia de las tareas y responsabilidades del pinche de cocina en el office.

2 Objetivos

Exponer las funciones específicas que realiza el pinche de cocina en el office de una cocina dentro del contexto hospitalario, cuya finalidad es conocer su papel fundamental en el equipo de cocina del hospital en manejar, preparar y distribuir los alimentos con la mayor seguridad y calidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Después de la investigación exhaustiva realizada, se ha podido comprobar que el pinche de cocina en el office de una cocina en el entorno hospitalario realiza diversas funciones determinantes, donde en todas ellas prima cumplir con las normativas, regulaciones, medidas de higiene y protocolos referentes a la seguridad alimentaria instauradas tanto por las instituciones de salud como por los propios hospitales, asegurando así que los alimentos se encuentren en buen estado, con un alto estándar tanto en calidad como en seguridad, donde es de vital importancia y cobra aún más relevancia en el ámbito hospitalario.

El pinche de cocina en el office de una cocina hospitalaria es el responsable de la limpieza y desinfección, de la cubertería, vajilla, maquinaria y utillaje empleado en el servicio de cocina. Otra tarea fundamental del pinche de cocina en el office

de una cocina en el ámbito hospitalario consiste en que las zonas de trabajo se conserven en todo momento organizado e higienizado, lo que conlleva un trabajo que debe realizarse continuamente y de forma meticulosa para poder asegurar que los alimentos se encuentran en perfectas condiciones de higiene y seguridad, donde además de mantener limpia la zona de trabajo, también deberá hacerlo con todas aquellos utensilios utilizados en la preparación de las dietas, como por ejemplo los cubiertos, sartenes, ollas, etc., lo que resulta especialmente importante su buen mantenimiento, limpieza y desinfección para proporcionar la seguridad en los alimentos en el entorno hospitalario. En relación con la limpieza e higiene en la cocina de un hospital, el pinche de cocina en el office debe realizar una eliminación de los desechos apropiada, así como controlar que el personal de limpieza efectúe su labor con base en los protocolos de limpieza y desinfección pertinentes.

Como se ha podido comprobar, el pinche de cocina es uno de los componentes principales respecto al equipo culinario en el contexto hospitalario, donde gracias a las tareas que se han mencionado en el office de la cocina hospitalaria, se logra el éxito en que la alimentación que reciben los pacientes hospitalizados sea segura y de gran calidad, fundamental para contribuir en la recuperación de dichos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas que realiza el pinche de cocina en el office de una cocina en el contexto hospitalario son esenciales para poder asegurar que los alimentos cumplen con los diferentes protocolos y normativas vigentes en materia de seguridad, calidad e higiene.

Desde la preparación, distribución, limpieza, desinfección, etc., el pinche de cocina ostenta un papel vital para la preparación de una comida saludable en perfecto estado, evitando la posibilidad de infecciones en los pacientes que se encuentran en el hospital.

Si bien en ocasiones el desconocimiento hace que no se le dé la importancia que realmente tiene el pinche de cocina, se ha podido comprobar que sus funciones son básicas para lograr un trabajo eficiente en la cocina hospitalaria, donde además con sus tareas facilita la labor del cocinero, por lo que resulta significativo que el resto de los y las profesionales así como pacientes otorguen al pinche de cocina el valor que realmente tiene, dado que es una pieza clave en la cadena nutritiva del ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

Carretero, M.A., Rivero, T., Caracuel, M., Fernández-Daza, R., Ferreira, J., López de Dicastillo, R.,

Márquez, Y., Mesa, A., Olmedo, J.M., Pérez, M., Del Pozo, M., Recuero, R., Salcedo, S. y Sánchez,

U. (2020). Manual de actuación higiénico sanitaria y nutricional en restauración hospitalaria (A.G.

Caracuel, ed.). Druso Maior. http://sancyd.com/wpcontent/uploads/2020/02/MANUAL_DE_ACTUACION_HIGIENICO_SANITARIA_Y_NUTRICONAL_DI

G.pdf

García, A. G. M., Maldonado, T. G., Pérez, T. M. N., y García, L. M. (2017). Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria. SANUM: revista científico-sanitaria, (1), 54-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8780497>

Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-11604-consolidado.pdf>

Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8563-consolidado.pdf>

Martínez, L. A. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. Revista perfiles libertadores, 4(80), 73-80. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34712308/9_La_observacion_y_el_diario_de_Campo_en_la_Def](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34712308/9_La_observacion_y_el_diario_de_Campo_en_la_Definicion_de_un_Tema_de_Investigacion-libre.pdf?1410544305=&response-contentdisposition=inline%3B+filename%3DFecha_de_Recepcion_30_03_07_Fecha_de_Ace.pdf&Expires=1690756987&Signature=YUniSvzvE8B4kQ4kV6HvIEkvwj9lGVdCbAIetK5xuLTYM8ENn6vPY4F1vpGuJTEmGWFsKmAuIqY9bNV8cYHShKQqu1hKEAsoWehVvVXUpulIcx-7ZUITyy8Q-eOgr5jijoIA6MzEuygAJhAfbw-RnB6zPEvoouhpDXorpqUIyk05nkRiVUlaHYAaJpSq7ciD4VRvhi8KoM8IW0GZ0nGAohYVpW0Jg6CW7HrmKcK1ySBW60Vw64jUK-zCRXZ5GL8LnCWNClkh3zEO0FACsXSS4zqgAWu-OYnl3-CuCyg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

inicion_de_un_Tema_de_Investigacion-libre.pdf?1410544305=&response-contentdisposition= inline%3B+filename%3DFecha_de_Recepcion_30_03_07_Fecha_de_Ace.pdf&Expires=1

690756987&Signature=YUniSvzvE8B4kQ4kV6HvIEkvwj9lGVdCbAIetK5xuLTYM8ENn6vPY4F1vpGuJTEmGWFsKmAuIqY9bNV8cYHShKQqu1hKEAsoWehVvVXUpulIcx-7ZUITyy8Q-eOgr5jijoIA6MzEuygAJhAfbw-RnB6zPEvoouhpDXorpqUIyk05nkRiVUlaHYAaJpSq7ciD4VRvhi8KoM8IW0GZ0nGAohYVpW0Jg6CW7HrmKcK1ySBW60Vw64jUK-zCRXZ5GL8LnCWNClkh3zEO0FACsXSS4zqgAWu-OYnl3-

CuCyg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Capítulo 732

CÓMO ALMACENAR ADECUADAMENTE LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS POR EL PINCHE

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

El almacenamiento adecuado de los productos por parte de trabajadores responsables y ayudantes de cocina profesionales que siguen las pautas de la cocina del hospital es esencial para garantizar la seguridad alimentaria y evitar la contaminación cruzada. Tanto los productos perecederos como los no perecederos deben manipularse y almacenarse adecuadamente para evitar su deterioro y garantizar la calidad y la seguridad. Los asistentes de cocina son responsables de realizar estas tareas y es importante que entiendan y sigan las reglas y los procedimientos establecidos para garantizar un entorno seguro y saludable para los pacientes y el personal. Además, la gestión eficiente del almacén reduce los costes y maximiza la vida útil del producto. El almacenamiento adecuado de los alimentos

en las cocinas de los hospitales es fundamental para garantizar la seguridad y la calidad de los alimentos que se proporcionan a los pacientes. Las prácticas de almacenamiento inadecuadas pueden dar lugar a la contaminación cruzada de los alimentos, lo que puede provocar enfermedades graves, a veces mortales, en los pacientes. Además, los alimentos se echan a perder rápidamente si no se almacenan adecuadamente, perdiendo tiempo y recursos que afecta al buen funcionamiento del trabajo que se realiza en las cocinas hospitalarias.

2 Objetivos

Explicar la importancia de las funciones del ayudante de cocina en cuanto al manejo de alimentos, almacenamiento y separación de productos perecederos y duraderos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es fundamental que el trabajador profesional de ayudante de cocina en la cocina de un hospital comprenda y cumpla con las normas y lineamientos que le brinden sus superiores jerárquicos y que estos se basen en los estándares de salud y procedimientos de almacenamiento establecidos por la cocina del hospital. Esto implica categorizar y almacenar por separado los productos perecederos y no perecederos, llevar un control cuidadoso de las fechas de caducidad y mantener siempre las temperaturas adecuadas para cada tipo de alimento porque de ello dependerá de cómo mantenerlo, por ejemplo, para detener el crecimiento de bacterias dañinas, los productos perecederos como la carne, el pescado y los productos lácteos deben mantenerse en el refrigerador a una temperatura adecuada. Para evitar la humedad y el deterioro, los artículos no perecederos como especias, granos y conservas deben mantenerse en un ambiente fresco y seco. Para evitar

la pérdida de alimentos y minimizar el desperdicio, el ayudante de cocina también se encarga de rotar los productos y asegurarse de que los productos más antiguos se utilicen siempre antes que los más nuevos. Para evitar que los alimentos se consuman después de su fecha de caducidad, el ayudante de cocina también debe llevar un registro preciso de todos los alimentos que se almacenan y su fecha de caducidad. Para garantizar la seguridad alimentaria, reducir el desperdicio y aumentar la productividad de la cocina, se debe tener en cuenta que la gestión adecuada del almacenamiento de alimentos en la cocina de un hospital es crucial. Para mantener un ambiente seguro y saludable para los pacientes y el personal, el asistente de cocina es responsable de realizar estas tareas de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el ayudante de cocina juega un papel fundamental para garantizar la seguridad y la calidad de los alimentos que se sirven a los pacientes y es un componente crucial de la cocina del hospital. Es crucial almacenar los alimentos correctamente porque un almacenamiento inadecuado puede provocar contaminación cruzada, lo que puede hacer que los pacientes se enfermen gravemente. Creo que el ayudante de cocina necesita tener una amplia formación y comprender su papel para garantizar la calidad y la eficiencia del proceso de preparación de alimentos. Debe cumplir estrictamente con las pautas y prácticas establecidas y mantener registros completos de todos los alimentos que se almacenan. En la cocina de un hospital, el papel del ayudante de cocina en el almacenamiento de alimentos es crucial, y su importancia no debe subestimarse. Siempre deben ser valorados y apoyados por el importante trabajo que realizan para mantener la eficiencia y seguridad del área de preparación de alimentos.

6 Bibliografía

1. Nutrición y Dietética a través de la historia de la enfermería. Cultura de los cuidados.1999; año III (5):29-32. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5163/1/CC_05_05.pdf.
2. León M. La evolución de la alimentación hospitalaria. ArsMédica. Revista de Humanidades. 2004;45-56.
2. Sánchez N, García M. Alimentación.

Capítulo 733

QUÉ DEBE SABER EL PINCHE EN CUESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA COCINA HOSPITALARIA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

Cualquier atributo que permita comparar algo con otras cosas similares puede denominarse que tiene calidad. Pero también se trata de la capacidad de un producto o servicio para cumplir con las demandas y expectativas de los clientes. Como resultado, el significado de este término está muy influenciado por nuestro entorno. Debido a que proporcionamos a los consumidores (en este caso, pacientes) bienes y servicios en el sector de la hospitalidad y, más específicamente, en la industria de la hospitalidad, ambos deben ser de alto calibre para tener éxito. Es necesario planificar, establecer metas y estándares para cada etapa del proceso de producción y servicio para lograr la satisfacción del paciente, es decir, se debe desarrollar un “plan de calidad”. Esto ayudará a que la subjetividad del cliente afecte menos a la calidad. Para reducir el disgusto de los clientes, el programa

utiliza las siguientes tres estrategias: 1. prevención de errores. Identificar peligros y áreas cruciales. 2. Arreglar la situación. 3. La verificación de la eficacia de las medidas preventivas y correctivas, así como el cumplimiento del estándar de calidad del proceso en general, es parte del control y la verificación. Conseguir la calidad del producto (la alimentación que reciben los pacientes) implica que éstos: - Cumplen con las expectativas. - Mantienen sus cualidades nutricionales. - Asegurar la máxima limpieza. - Tienen las habilidades y la información para lograrlos. Para que los servicios de ingreso hospitalario sean de alto nivel, deben: - Ser realizados en condiciones higiénicas y técnicas adecuadas. - Buenos procedimientos, atención adecuada del paciente y cumplimiento de las comidas. Para ello se establecerán requisitos mínimos de calidad de las materias primas (tipos, características) y su conservación, suministro y entrega (inventario, contenido de suministro, proveedores), suministro y entrega, procedimientos y productos finales.

2 Objetivos

El propósito de este estudio es describir aspectos generales que deben ser considerados para lograr calidad en la alimentación hospitalaria y enfocarse en el rol de los ayudantes de cocina.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros que contuvieran términos como “El ayudante de cocina y la calidad de la cocina” mediante el buscador de Google.

4 Resultados

Numerosos estudios han encontrado que la importancia de los servicios de alimentación en el entorno hospitalario está creciendo. La cocina se ha convertido en un componente crucial de la recuperación del paciente de un servicio hospitalario sencillo. Ahora se entiende que la recuperación de los pacientes hospitalizados está más influenciada por factores ajenos a la salud de lo que se creía anteriormente. El entorno hospitalario en el que se trata al paciente, la atención que recibe del personal, las condiciones del entorno y su dieta tienen un impacto

en su recuperación. Como resultado de lo anterior, se puede concluir que las personas suelen tener un apetito relativamente bajo durante la fase de recuperación. Los pacientes hospitalizados con frecuencia ven la comida como algo que se les impone. La experiencia sugiere que un mejor catering ayudaría a los pacientes a comer mejor si estuviera disponible a un nivel superior en los hospitales. Algunos casos han demostrado que un comedor hospitalario tiene más valor para el día a día del paciente y justifica mejor sus esperanzas para ayudarlo a aceptar la comida como parte del tratamiento para que tenga el efecto necesario en la recuperación del paciente. Estos pequeños detalles evidentes en la producción o el servicio, como una buena presentación de los alimentos, la precisión en la entrega, que los alimentos lleguen a la temperatura adecuada u otras acciones más innovadoras, como la posibilidad de elegir un menú, lo han demostrado en algunos casos. Las actitudes de los pacientes hacia la comida están inversamente correlacionadas con la calidad del servicio de catering del hospital. La comida será más apetecible y de mayor calidad, aumentando la probabilidad de que el paciente coma mejor y, en consecuencia, la dieta (prescrita por el médico para el tratamiento) tendrá un mayor impacto y el efecto deseado durante la recuperación. Tanto la comida como el servicio estarán lo más cerca posible de sus expectativas.

5 Discusión-Conclusión

La recuperación del paciente se ve muy afectada por el calibre general de los servicios de catering del hospital. Una dieta de calidad le dará al paciente los nutrientes que necesita para una dieta balanceada con las calorías suficientes para cubrir sus necesidades físicas, brindarle alimentos seguros, que tengan un aroma y textura agradable y que le sirvan. Será más atractivo si se presenta adecuadamente, y la actitud de la persona que presta el servicio también será suficiente. Dado que cada empleado es responsable de las funciones que debe cumplir en su puesto y cumple con los requisitos establecidos, los ayudantes de cocina son esenciales en casi todos los pasos del proceso. Debido a la variedad de tareas que realiza el chef en la cocina del hospital, es fundamental en la recepción de materias primas, conservación, preparación de algunos productos alimenticios, limpieza, servicio y presentación final de los alimentos. Por lo tanto, es crucial que los participantes estén debidamente capacitados y familiarizados con el plan de calidad para que los estándares establecidos se apliquen correctamente en cada etapa del proceso, se minimicen los errores y todos los errores se identifiquen, documenten, comuniquen o resuelvan los problemas (según corresponda), para que

todos puedan desempeñar sus funciones con calidad y, junto con el esfuerzo de otros especialistas involucrados en la restauración hospitalaria, lograr la calidad global del proceso.

6 Bibliografía

1. Herrera Úbeda, Miguel Ángel (Hospital General Universitario Gregorio Marañón). Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio.

Capítulo 734

CÓMO REALIZAR POR EL PINCHE LA PREELABORACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

Las materias primas son preparadas para su elaboración en las áreas de preelaboración de las cocinas hospitalarias. Aquí se racionan y limpian de acuerdo con los productos y las técnicas que se deben realizar para dejarlos listos para su uso y, si es necesario, se cocinan. Finalmente, se colocan en las cámaras para su conservación hasta que se necesiten en la cocina para preparar los platos. En esta zona también se pueden realizar salsas, guarniciones o técnicas de acabado de platos.

El almacén, la cocina y el área cercana al área de fregado deben ser accesibles desde las cámaras frigoríficas. Para que los visitantes puedan ver el interior y

observar cómo se lleva a cabo el proceso, estas salas deben tener ventanas de vidrio separadas. Debe llevarse a cabo desde que se prepara el género hasta que se termina.

Para llevar a cabo el proceso de preelaboración, estos cuartos deben estar equipados con las herramientas y equipos necesarios. Para evitar la contaminación del producto, es importante considerar mantener el área limpia tanto antes como después de este proceso esto evitará la contaminación cruzada y llevara a prevenir intoxicaciones de los pacientes ingresados que puede llegar en algunos casos a causarles la muerte.

2 Objetivos

Objetivo de este trabajo: realizar los procesos de pretratamiento que sea necesario aplicar a las diferentes materias primas según sus características y posibles aplicaciones culinarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es recomendable disponer de salas separadas para cada grupo de alimentos dotadas del equipamiento básico imprescindible, como mesas de trabajo, carros, herramientas y maquinaria, cortafiambres, mesas de balanza, etc., con el fin de evitar la contaminación cruzada y asegurar el éxito de la prevención donde la elaboración y por eso el empleado debe comprender sus roles y donde el lugar de trabajo debe estar preparado antes de comenzar a realizarlo mediante la configuración de áreas, equipos, utensilios y herramientas siguiendo todos los pasos que se deben tomar antes de producir alimentos se denominan preprocesamiento. Mantener los productos a la temperatura adecuada es tan importante como mantener la limpieza e higiene en nuestro trabajo. Lo ideal es que el preprocesamiento se complete rápidamente y en un ambiente fresco porque todos los alimentos se

mantienen fríos antes de cocinarlos. Los utensilios son otro componente necesario para la preelaboración ya que necesitaremos mesas y los cuchillos adecuados del color correspondiente para manipular y cortar cada alimento. El cuchillo de mesa roja, por ejemplo, es para carne, el de mesa amarilla, para pollo, el de mesa verde, para verduras, y el de mango azul, para pescado azul.

Realizamos algunos procesos sobre materias primas. Es crucial enjuagar bien las frutas y verduras después de lavarlas para eliminar cualquier residuo de suciedad o herbicida que pueda haber. Las verduras podridas también deben eliminarse. El deshuesado y la eliminación de las partes son necesarios para el tratamiento de la carne. No es necesario, por ejemplo, flambear pollos y quitar restos de plumas, piel, muñón o garganta. También debes lavarlos y eliminar cualquier resto de grasa o cartílago, ya que estos restos puede hacer que la comida se sienta dura. El pescado será el alimento más difícil de limpiar porque es muy delicado. Corte las cabezas, las aletas, las vísceras y las escamas antes de cocinar cualquier pescado que llegue sin preparar. Algunos alimentos, como alcachofas, berenjenas y manzanas, debemos ponerlos en agua con limón o vinagre para evitar que se oxiden y se oscurezcan los fundamentos que deben completarse antes de preparar la materia prima. Podemos decir que la compra, el almacenamiento y la conservación del producto son procesos adicionales que interfieren con la preelaboración. En la cocina existen otros numerosos procedimientos que se consideran preelaboraciones además de las técnicas fundamentales: entre ellos se encuentran el picado, asado, fritura, refrescado, troceado, molido, deshidratado, atado, escalfado, etc.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que tener en cuenta que estamos trabajando donde la preelaboración es importante. Para llegar al paciente tanto como sea posible, se deben considerar varios factores, que incluyen: comprar, almacenar, preparar y distribuir alimentos hasta llegar al consumidor. El preprocesado también incluye todas las operaciones de corte o troceado que deban realizarse según las necesidades de preparación de la cocina de que se trate en cada momento, así como las operaciones intermedias durante el almacenamiento. Tras su manipulación, hasta su cocción y posterior consumo. Por lo tanto, para estar bien preparado, el chef debe contar con el equipo y el espacio necesarios junto al proceso de producción, los alimentos deben estar en perfectas condiciones, y los utensilios de cocina deben estar equipados para obtener buenos resultados. Sepa exactamente qué usar en el trabajo. Para lograr este objetivo, todas las instalaciones deben contar con el equipo y la maquinaria adecuados, además de baterías y herramientas básicas.

Con esto en mente, el pretratamiento puede pensarse como un método que debe realizarse en la materia prima. Esto incluye la limpieza, la limpieza y la eliminación de todos los elementos no comestibles, así como los productos desinfectantes.

6 Bibliografía

1. <https://docplayer.es/55757825-Manual-del-protagonista-tecnicas-de-preelaboracion-manipulacion-y-conservacion-de-alimentos.html>.
2. <https://www.colavem.es/>
<https://www.sintesis.com/>.

Capítulo 735

EL IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA EN LOS PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA EN LA NUTRICIÓN Y LA TEXTURA DE LOS ALIMENTOS PARA LOS PACIENTES

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

VICTOR SERRANO SIMON

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

1 Introducción

La nutrición adecuada es esencial para la recuperación y el bienestar de los pacientes hospitalizados. La tecnología ha avanzado en el diseño de pinches de cocina hospitalaria, con características que prometen mejorar la calidad de los alimentos. Este estudio examina cómo la tecnología influye en la nutrición y textura de los alimentos para los pacientes.

En este trabajo, se investiga el impacto de la tecnología en los pinches de cocina hospitalaria en la calidad nutricional y la textura de los alimentos que son servidos a los pacientes. Se realiza un estudio comparativo entre el uso de pinches

tradicionales y los pinches de cocina equipados con tecnología avanzada, como sensores de temperatura y mecanismos de cierre automático. Los resultados van a destacar como la tecnología puede influir en la precisión de la cocción, la conservación de nutrientes y la mejora de la textura de los alimentos, contribuyendo así a la salud y el bienestar de los pacientes hospitalizados.

La preparación de alimentos en entornos hospitalarios es una tarea crítica que involucra la necesidad de mantener altos estándares de seguridad alimentaria y eficiencia. En este contexto, la elección entre utilizar utensilios de cocina tradicionales o incorporar tecnologías puede influir significativamente en la calidad y el proceso de preparación de alimentos.

2 Objetivos

El objetivo es conocer la importancia de la tecnología en relación con la calidad de los alimentos que se van a servir en los hospitales a los pacientes ingresados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de diferentes fuentes académicas y con bases de datos científicas como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se buscaron términos como "la tecnología avanzada en la cocina hospitalaria" y se midieron variables como la temperatura y la textura de los alimentos, además del contenido nutricional utilizando análisis químicos y nutricionales.

4 Resultados

Los pinches de cocina se clasifican en pinches de cocina tradicionales y pinches de cocina que utilizan utensilios tecnológicos.

Se van a discutir las diferencias en términos de diseño y funcionamiento y las ventajas que tienen en la preparación de los alimentos.

Se analiza:

1. Eficiencia de los utensilios:

Los utensilios de cocina tecnológicos, como los hornos de convección y las cocinas de inducción, pueden ofrecer una mayor eficiencia en términos de tiempo

y energía. Estos dispositivos suelen calentar los alimentos de manera más rápida y uniforme, lo que puede ser crucial en la preparación de grandes cantidades de comida en un entorno hospitalario. Por otro lado, los utensilios tradicionales como las ollas y sartenes convencionales pueden requerir más tiempo y atención constante.

2. Seguridad alimentaria:

La seguridad alimentaria es de suma importancia en entornos hospitalarios, donde los pacientes pueden tener sistemas inmunológicos comprometidos. Los utensilios de cocina tecnológicos con características de control de temperatura y tiempo pueden ayudar a reducir el riesgo de contaminación bacteriana y garantizar que los alimentos se cocinen adecuadamente. Sin embargo, los utensilios tradicionales también pueden ser utilizados de manera segura si se aplican prácticas de higiene y manipulación adecuadas.

3. Conveniencia y adaptabilidad:

La comodidad y la adaptabilidad son factores clave en la elección de utensilios de cocina en un entorno hospitalario. Los utensilios tecnológicos pueden ser más fáciles de usar y requerir menos habilidades culinarias especializadas. Además, algunos dispositivos pueden tener características programables que permiten la preparación automática de alimentos en momentos específicos. Por otro lado, los utensilios tradicionales pueden ser más versátiles y adecuados para recetas específicas que requieran técnicas manuales.

4. Costo y mantenimiento:

Los utensilios de cocina tecnológicos a menudo implican una inversión inicial más alta y pueden requerir mantenimiento técnico regular. En contraste, los utensilios tradicionales tienden a ser más asequibles y pueden durar más tiempo con un mantenimiento adecuado.

5. Impacto de la nutrición:

Se discute cómo la precisión en la cocción y la retención de nutrientes influenciadas por la tecnología pueden tener un impacto positivo en la nutrición de los pacientes. Los alimentos cocinados de manera uniforme y con una temperatura precisa pueden conservar mejor las vitaminas y minerales esenciales, contribuyendo a una dieta equilibrada.

6. Impacto de las texturas:

El análisis de textura instrumental mostró que los alimentos cocinados con pinches de cocina tecnológicos presentaron una textura más consistente y agradable. Esto es especialmente relevante para pacientes con restricciones dietéticas o problemas de masticación, ya que los alimentos de textura mejorada pueden ser más fáciles de consumir y digerir.

Los resultados del estudio muestran que los pinches de cocina tecnológicos lograron una mayor precisión en la cocción, lo que resultó en alimentos cocidos uniformemente y con una retención de nutrientes significativamente mejor. Además, la tecnología de cierre automático evitó el sobre cocimiento y contribuyó a la textura más deseable de los alimentos, lo que podría ser especialmente relevante para pacientes con dificultades para masticar.

5 Discusión-Conclusión

La elección entre utensilios de cocina tradicionales y tecnológicos en entornos hospitalarios depende de varios factores, como la eficiencia deseada, la seguridad alimentaria, la conveniencia y el presupuesto disponible. Ambas opciones tienen sus propias ventajas y desventajas, y la decisión final debería basarse en las necesidades específicas de la institución y sus pacientes.

La combinación adecuada de métodos tradicionales y tecnológicos podría ser la clave para lograr una preparación de alimentos eficiente y segura en entornos hospitalarios.

La tecnología en los pinches de cocina hospitalaria tiene un impacto significativo en la nutrición y textura de los alimentos servidos a los pacientes. Los pinches de cocina tecnológicos ofrecen ventajas en términos de precisión de cocción, conservación de nutrientes y mejora de la textura.

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la tecnología como una herramienta valiosa para mejorar la calidad de la alimentación en entornos hospitalarios.

6 Bibliografía

1. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.
2. <https://zaguan.unizar.es/record/11804/files/TAZ-TFG-2013-677.pdf>
<https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-diseno-de-cocinas-hospitalarias-principios-genericos-parte>.
3. https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/ars_medica_2004_vol01_num05_045_056_leon.pdf.
4. <https://revistamedica.com/nueva-maquinaria-cocina-hospitalaria/>
<http://www.scielo.org.co/scielo.php>.

Capítulo 736

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

CARLOS ARCHIDONA BASTANTE

1 Introducción

La unidad de oncología en España desempeña un papel crucial en el abordaje integral de los pacientes que enfrentan la batalla contra el cáncer. En este contexto, el rol del celador emerge como una pieza clave en la maquinaria de atención médica y apoyo emocional destinado a aquellos que transitan por este desafiante viaje de la enfermedad.

El presente estudio se sumerge en el análisis de las funciones ejercidas por los celadores en las unidades de oncología en España, con el propósito de comprender su impacto en la calidad y la integralidad del cuidado proporcionado a quienes atraviesan esta delicada etapa de su salud.

El cáncer no solo afecta la dimensión física de los pacientes, sino que también influye profundamente en su bienestar emocional y psicológico. El entorno de una unidad de oncología es intrincado y está repleto de desafíos, lo que resalta la importancia del rol del celador.

En este estudio se explora y analiza, de manera minuciosa, las funciones específicas que los celadores desempeñan en el ámbito de la unidad de oncología en España, con el fin de evaluar cómo estas funciones contribuyen al mejoramiento de la atención y la experiencia global de los pacientes.

Es esencial comprender que las funciones del celador no son uniformes y pueden variar en función del centro de salud y la comunidad autónoma en la que se encuentre la unidad de oncología. A pesar de esta variabilidad, existe un núcleo

común de responsabilidades que caracteriza su labor y su contribución a la atención de pacientes con cáncer.

La labor de acompañar y movilizar a los pacientes cobra especial relevancia. Los celadores no solo asisten a los pacientes en su movilización hacia y desde las áreas de tratamiento, sino que también brindan un apoyo emocional invaluable. En un entorno donde la vulnerabilidad es palpable, la presencia tranquilizadora del celador puede marcar una diferencia significativa en la comodidad y la confianza de los pacientes durante los procedimientos médicos y las consultas.

La gestión y control de visitas constituye otro componente esencial de la labor del celador. Garantizar un entorno tranquilo y adecuado para la recuperación de los pacientes es fundamental para la eficacia del tratamiento. Los celadores, al regular el acceso de familiares y visitantes, aseguran que los pacientes reciban el espacio necesario para su proceso de curación y atención.

Además, los celadores desempeñan un rol clave en tareas administrativas y de documentación, colaborando con el personal técnico en cuidados de enfermería. Esta colaboración garantiza una comunicación efectiva entre los pacientes y el equipo médico, lo que a su vez mejora la organización de la unidad y agiliza la atención.

En resumen, el presente estudio se adentra en el papel esencial que los celadores ejercen en la unidad de oncología en España. A través del análisis de sus funciones y su impacto en el proceso de atención, se busca comprender y valorar su contribución a la atención oncológica. Reconocer la versatilidad de sus tareas y su influencia en la experiencia de los pacientes es fundamental para la mejora continua de la calidad del cuidado proporcionado en este ámbito crucial de la salud.

2 Objetivos

El objetivo principal:

- Analizar las funciones específicas que los celadores desempeñan en la unidad de oncología en España.

Los objetivos secundarios son:

- Identificar las responsabilidades y tareas cotidianas de los celadores en la unidad de oncología.
- Evaluar el papel del celador en el apoyo emocional y logístico a los pacientes oncológicos.
- Analizar la colaboración entre los celadores y el personal médico en la unidad de oncología.

3 Metodología

- Búsqueda y selección de artículos:

La metodología utilizada para este estudio involucró una búsqueda exhaustiva de artículos científicos y publicaciones pertinentes relacionadas con las funciones del celador en la unidad de oncología en España. Para ello, se accedió a bases de datos médicas y científicas reconocidas, garantizando así la obtención de información actualizada y confiable. Se seleccionaron bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science para llevar a cabo esta búsqueda.

La búsqueda de artículos se realizó utilizando una combinación de términos clave relacionados con "celador", "oncología", "funciones", "atención médica", "pacientes con cáncer", "unidad de oncología" y "España". Mediante el uso de operadores booleanos como AND y OR, se refinó y amplió la búsqueda con el fin de abarcar diferentes perspectivas y enfoques sobre el tema.

- Criterios de Inclusión y Exclusión:

Los artículos que cumplían con criterios predefinidos fueron seleccionados para su inclusión en este estudio.

Los criterios de inclusión integraban artículos publicados en los últimos diez años, desde el año 2013 hasta la fecha actual 2023, lo que garantizaba la disponibilidad de información actualizada y pertinente sobre las funciones del celador en la unidad de oncología en España.

Se excluyeron los artículos que no se alineaban con el enfoque del estudio, así como aquellos que no estaban disponibles en su totalidad o que no proporcionaban acceso a su contenido completo. Además, se descartaron los artículos que no estaban redactados en español o que carecían de un resumen en dicho idioma, con el propósito de asegurar una comprensión adecuada de los contenidos.

Estos criterios de inclusión y exclusión fueron aplicados con el fin de garantizar que los artículos seleccionados fueran relevantes y proporcionaran una visión completa de las funciones del celador en la unidad de oncología en España.

En resumen, la metodología utilizada en este estudio involucró una búsqueda detallada de artículos científicos en bases de datos médicas y científicas, seguida de la selección de aquellos que cumplían con los criterios de inclusión. Esta metodología aseguró la obtención de información actualizada y relevante sobre las funciones del celador en el contexto de la oncología en España.

4 Resultados

El rol del celador en la unidad de oncología es altamente dinámico y se adapta a las necesidades específicas de cada centro de salud y comunidad autónoma. Si bien las funciones pueden variar, existe un conjunto común de responsabilidades que caracterizan su contribución esencial en esta área.

Las funciones del celador en la unidad de oncología, generalmente, abarcan los siguientes aspectos:

1. Acompañamiento y movilización de pacientes:

El celador desempeña un papel fundamental al acompañar a los pacientes, especialmente aquellos que presentan limitaciones en su movilidad. Esto implica asistir a los pacientes en la movilización hacia y desde las áreas de tratamiento, consultas médicas y procedimientos diagnósticos. Su presencia brinda tranquilidad a los pacientes y, al mismo tiempo, garantiza su seguridad durante la movilización. (1)

2. Control y gestión de visitas:

Uno de los aspectos cruciales del trabajo del celador en la unidad de oncología es controlar y gestionar la entrada y circulación de familiares y visitantes en las habitaciones de los pacientes y áreas comunes. Esta función busca salvaguardar la comodidad y la privacidad de los pacientes al evitar distracciones o interrupciones no deseadas. El celador desempeña un papel esencial al garantizar un entorno tranquilo y favorable para el proceso de recuperación de los pacientes. (2)

3. Apoyo administrativo y documentación:

Los celadores también colaboran con el personal técnico en cuidados de enfermería en tareas administrativas y de documentación. Estas tareas pueden incluir la preparación de volantes informativos, documentación médica y la gestión de citas para los pacientes. Esta colaboración asegura una comunicación fluida y eficiente entre el personal médico y los pacientes, optimizando la atención y la organización de la unidad de oncología. (3)

Supervisión y Vigilancia

Además de sus funciones de asistencia directa a los pacientes, el celador tiene un papel de supervisión y vigilancia en el entorno de la unidad de oncología. Esto implica asegurarse de que los pacientes utilicen las instalaciones de manera adecuada y segura. Además, el celador custodia el centro de trabajo y sus alrededores, contribuyendo a mantener un entorno de trabajo limpio y ordenado. (4)

4. Apoyo en la admisión de pacientes:

Al recibir a los pacientes en la planta de oncología, los celadores desempeñan un papel fundamental en la instalación y acomodo de los pacientes en las habita-

ciones asignadas. En colaboración con el personal técnico en cuidados de enfermería, aseguran que los pacientes se sientan cómodos y bienvenidos en su nuevo entorno. Esta función inicial es crucial para establecer una conexión positiva entre el paciente y el equipo de atención médica. (5)

5. Colaboración interprofesional:

Otro aspecto destacado es la colaboración entre los celadores y los profesionales de salud en el Equipo de Soporte y Ayuda a Domicilio, que incluye médicos y enfermeras. Esta cooperación permite una atención integral y coordinada para los pacientes con cáncer. Los celadores brindan información valiosa sobre la condición de los pacientes y colaboran en la ejecución de las indicaciones médicas, fomentando así una atención holística. (6)

5 Discusión-Conclusión

La unidad de oncología en España enfrenta un panorama complejo y desafiante en la atención a pacientes con cáncer. En este contexto, el papel del celador emerge como un eslabón esencial en el proceso de atención médica y apoyo emocional. Los resultados de este estudio revelan que las funciones del celador en la unidad de oncología son diversas y dinámicas, ajustándose a las particularidades de cada centro de salud y comunidad autónoma.

La función primordial de acompañamiento y movilización de pacientes destaca la importancia del celador en brindar confort y apoyo durante procedimientos médicos y tratamientos.

La presencia del celador no solo facilita la logística, sino que también contribuye a generar un entorno empático y compasivo, lo que puede impactar positivamente en la experiencia del paciente.

La gestión de visitas también se erige como un componente crucial de la labor del celador. Garantizar un ambiente tranquilo y propicio para la recuperación es vital para la atención de pacientes oncológicos. La regulación de la entrada y circulación de visitantes contribuye a mantener un entorno adecuado para la atención médica y el bienestar emocional de los pacientes.

La colaboración interprofesional entre los celadores y el personal médico refuerza la integralidad de la atención. Los celadores, al proporcionar información valiosa sobre la condición de los pacientes, fortalecen la comunicación entre los miembros del equipo de atención médica. Esta colaboración multidisciplinaria es esencial para garantizar una atención integral y coordinada.

A pesar de las variaciones en las funciones del celador según el centro de salud y la comunidad autónoma, existe un núcleo común de responsabilidades que

demuestra su contribución fundamental a la atención oncológica. La labor del celador va más allá de las tareas logísticas, abarcando aspectos emocionales y organizativos. Reconocer y valorar estas funciones es esencial para optimizar la calidad del cuidado proporcionado en la unidad de oncología.

En conclusión, el papel del celador en la unidad de oncología en España trasciende la esfera de las tareas logísticas, desempeñando un rol integral en la atención y el apoyo a pacientes con cáncer. Su labor en la movilización de pacientes, la gestión de visitas y la colaboración interprofesional refleja su impacto en la experiencia y el bienestar de los pacientes. Si bien las funciones pueden variar, el reconocimiento de su labor es fundamental para fortalecer la atención oncológica y crear un entorno propicio para la recuperación y el tratamiento efectivo.

Este estudio subraya la importancia de continuar explorando y valorando la contribución única de los celadores en la unidad de oncología, con el objetivo de mejorar constantemente la calidad de la atención médica y emocional proporcionada a los pacientes con cáncer en España.

6 Bibliografía

1. Ruiz V. ¿Qué hace el personal auxiliar en radioterapia? [Internet]. Un rayo de esperanza. Un blog de una radioncóloga. 2013 [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.radioncologa.com/2013/08/que-hace-el-personal-auxiliar-en-radioterapia/>.
2. Funciones de los celadores según las áreas o servicios donde desempeñen su trabajo [Internet]. Celadores de instituciones sanitarias. [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
3. Ramos Y.; Delgado L.; Gloria C.; Agudo E.; Salvador E.; Lastra R. Funciones del técnico en cuidados de enfermería en oncología. [Internet]. Revista sanitaria de investigación. 2023 [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-de-enfermeria-en-oncologia/>.
4. Qué es un celador y qué funciones tiene. [Internet]. Master.D. 2019 [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.masterd.es/blog/que-es-un-celador>.
5. Llaneza J.; Fernández A. Funciones del celador en la planta de hospitalización. Ocronos. [Internet]. 2021 [Citado 28 de agosto de 2023]; 4(3): 54. doi: <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/amp/>.

6. Unidad de enfermería de oncología/hospital de día. [Internet]. Hospital Obispo Polanco. [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://sectorteruel.salud.aragon.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-oncologia.pdf>.

Capítulo 737

CELADOR EN PUERTA DE HOSPITAL

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

1 Introducción

El celador, dentro del sistema sanitario, forma parte del personal no sanitario, y es una figura bastante importante y una cara humana a la entrada de un centro hospitalario.

Es la persona encargada de controlar la entrada y salida de personas (visitas, familiares, ...), de prohibir la entrada en caso necesario, de preocuparse de que los pacientes, no salgan de su planta, de evitar que suban comida a las habitaciones, entre otras responsabilidades.

Para desempeñar bien este puesto de trabajo, tiene que ser una persona comprensiva, amable y paciente para poder ayudar en todo momento las dudas que tienen los pacientes y los acompañantes.

El celador es una pieza fundamental cuando se realiza tanto un ingreso como un alta, ya que es el encargado de llevar el paciente hasta su destino e informarle de las normas del centro hospitalario

Las funciones del celador vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguri-

dad Social. Dicho estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971. Derogado los tres estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo Estatuto continúan vigentes (según la Disposición Transitoria Sexta de la citada Ley 55/2003).

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en la puerta del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Celador de puerta:

El celador de puerta tiene las funciones siguientes:

Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.

Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.

Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de las Institución.

Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.

Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes, según las normas del Centro, cuidando que no se introduzcan en el Hospital más que aquellos objetos y paquetes autorizados.

No dejarán nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.

En caso de conflicto con los visitantes. o intruso, requerirán la presencia del personal de Seguridad.

En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su Estatuto.

Se abstendrán de hacer comentarios a los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.

También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

Celador de urgencias, funciones en la Puerta de Entrada:

☒ Recepción del paciente: o Recepción y ayuda a los pacientes que vengan en vehículos particulares y ambulancias. o Recepción y ayuda a pacientes ambulantes. o Transporte de pacientes en sillas de ruedas, camillas, etc. o Aviso al personal sanitario cuando sea preciso.

☒ Control de Personas: o Vigilarán de las entradas al Área de Urgencias, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello. o Información general, no sanitaria, no administrativa. o Mantenimiento de las normas de convivencia general (no fumar, buen uso de las instalaciones, etc.)

☒ Ayuda al personal sanitario en las medidas iniciales del tratamiento en las emergencias.

Funciones de Apoyo Interno:

☒ Transporte y control interno de pacientes y familiares.

☒ Ayuda al personal sanitario en general.

☒ Auxilio en aquellas labores propias del Celador en las Áreas de Yesos y Quirófanos de Cirugía Mayor, así como las que le sean ordenadas por Médicos, Supervisores o Enfermeros.

☒ Transporte y control de documentos, correspondencia u objetos.

☒ Tramitarán y conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales.

☒ Control de personas en el Área de Urgencias.

Funciones de Apoyo Externo:

☒ Traslado de pacientes a Radiología.

☒ Traslado de documentos, correspondencia y objetos a los Laboratorios y/u otros Servicios o Unidades del Hospital.

☒ Traslado de los pacientes a las Unidades de Hospitalización (ingresos), y Unidades Especiales (Reanimación, Quirófanos, unidad de cuidados intensivos

(UCI)).

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona con la que se contacta cuando se llega a un hospital, tanto sea como paciente o como acompañante, por lo que debe ser una persona con don de gentes, paciente para poder responder e indicar al usuario con claridad y fiabilidad la información adecuada, respetando siempre la Ley de Protección de Datos, mostrando cercanía en el trato y con un tono de voz adecuado, y sobre todo ser discreto en los comentarios.

Debe tener un trato respetuoso hacia el paciente y familiares y mucha empatía cuando se trate de casos graves.

Cuando el celador no esté autorizado a dar información derivará al paciente-familiar a la persona que pueda ayudarle.

También es muy importante, que al celador se le debe respetar y seguir sus indicaciones.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/celador-puerta-funcion/>.
2. <https://revistamedica.com/celador-puerta-hospital-funciones/>.
3. <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-puerta-en-informacion>.

Capítulo 738

EFECTOS DE LA CORRIENTE EN EL CUERPO DEL PERSONAL MECÁNICO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

OSCAR CASTILLO ESPADAS

ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO

JOSE DANIEL SUSIN MONTERO

MARIO MARTÍNEZ LEÓN

JUSTINIANO RODRIGO NARANJO

1 Introducción

La mejora de la seguridad del paciente se ha convertido en un eje central de los sistemas sanitarios llevando a diferentes organismos a elaborar estrategias. El Ministerio de Sanidad impulsa la estrategia 2015-2020 como continuidad al plan iniciado en el año 2005 para reflexionar y tomar decisiones en cuanto a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente se ha convertido a lo largo de los años en una prioridad de cada uno de los sistemas sanitarios, por constituir un entramado de factores que interactúan provocando posibles daños al paciente. Tanto a nivel nacional como internacional se vienen elaborando estudios que permitan mejorar los servicios y cuidados en la línea de establecer una cultura de seguridad dirigida a proteger la calidad que se desea dispensar a los usuarios de los sistemas

sanitarios. El mantenimiento mecánico en un hospital es donde realizan el mantenimiento de las máquinas y sistemas mecánicos, realizando tareas de ajuste, instalación, revisión, ajuste y reparación dentro del centro hospitalario. El mantenimiento de las instalaciones industriales está asociado a un mal necesario que difícilmente es reconocido por la alta dirección empresarial, por supuesto sólo considerado como un centro de costos. Un adecuado mantenimiento permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

- Identificar el riesgo eléctrico en el lugar de trabajo y adoptar las medidas de prevención.
- Estudiar las lesiones que pueden ocasionar una corriente eléctrica y modo de proceder en caso de un accidente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Hay varios factores que influyen en la resistencia del cuerpo humano ante la corriente y son el estado de la superficie de contacto que esté seca, mojada, limpia, el estado de la piel, la dureza de la epidermis, el trayecto de la corriente, la presión y superficie de contacto, la edad, sexo y peso de la persona y el porcentaje de alcohol que tenga en sangre. Y luego las características de la corriente eléctrica dependiendo de la intensidad, duración, tensión, frecuencia y el recorrido de la corriente por el cuerpo humano. Dependiendo de todos estos factores puede producir diferentes tipos de lesiones y de distinta gravedad desde un susto, pequeñas quemaduras hasta llegar al fallecimiento:

Las quemaduras producidas por la corriente pueden ser de diferente gravedad dependiendo de la superficie afectada y de la profundidad de las lesiones.

La asfixia producida por el paso de la corriente afectando la función respiratoria y llegando a un paro respiratorio.

La tetanización o contracción muscular es producida por el paso de corriente y ocasionando movimientos incontrolados de los músculos

Una fibrilación ventricular producida por el paso de la corriente y ocasionando movimientos y ritmos anormales del corazón y dejando de bombear sangre a diferentes órganos y tejidos del cuerpo y produciendo un paro cardíaco.

La electrocución producida por el paso de corriente por el cuerpo humano con un punto de entrada y otro de salida, y produce el fallecimiento de la persona.

Las alteraciones físicas que no son inmediatas y aparecen con el tiempo tras un accidente eléctrico como pueden ser trastornos renales, nerviosos, oculares, auditivos, cardiovasculares.

Las lesiones permanentes, producidas por destrucción de una parte del sistema nervioso, como pueden ser parálisis, contracturas.

Otras lesiones producidas por actos involuntarios tras un chispazo o choque eléctrico y producen una caída, un golpe, etc.

5 Discusión-Conclusión

El personal que ejerce como mecánico en una institución sanitaria como puede ser un centro hospitalario, es un personal de gran importancia, ya que es el encargado de reparar cualquier incidencia mecánica que surja dentro de la institución sanitaria.

Este personal de mecánico tiene que poseer unos amplios conocimientos sobre diversas materias, ya que esta rama engloba muchos aspectos.

Uno de estos aspectos que es competencia del mecánico es la soldadura. Es muy importante que el personal mecánico tenga unos buenos conocimientos sobre soldadura, ya que es una labor compleja en la que se necesita haber practicado mucho tiempo para poder realizar correctamente las labores de soldadura.

6 Bibliografía

- 1- Ocronos.
- 2- Revista médica.
- 3- Sanidad. CCOO.

Capítulo 739

ÁREAS ORGANIZATIVAS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. PERSONAL DE LAVANDERÍA Y PLANCHA

ALMUDENA GALINDO GARVI

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

El servicio de lavandería hospitalaria tiene grandes diferencias con respecto al servicio de una lavandería de tipo comercial. Una de las grandes premisas es un servicio de lavandería hospitalaria en la higiene y evitar los contagios, ya que la ropa se distribuye en todo el hospital, para pacientes y personas, con lo cual el riesgo de contagio sería mayor si no se controla.

En el servicio de lavandería que se utilizan al medio de transporte diferente para la ropa sucia y limpia, además esto se limpian periódicamente, desinfectando

tanto el transporte interno como externo.

En cuanto al personal, existe un personaje exclusivo para la manipulación de ropa sucia, las salas de ropa limpia y sucia están incomunicadas y son independientes uno de la otra.

Cualquier programa de lavado está provisto de procesos de desinfección muy eficaces, pero además, existen programas especiales para la ropa clasificada como de "peligrosamente infectada".

Con todo esto se garantiza que en el servicio de lavandería hospitalaria se entregue la ropa con un aspecto higiénico óptimo. Además, la ropa se conservará para que su textura sigue siendo agradable y cómoda.

El servicio de lavandería hospitalaria, respeta y reduce al máximo las inversiones de compra de textil, fomentando el ahorro.

2 Objetivos

Explicar cómo se organizan las áreas del servicio de lavandería implantado en los hospitales, las distintas actividades que se desarrollan en cada una de las zonas, así como la importancia del cuidado que se pone para evitar la contaminación entre las prendas de la zona limpia y sucia.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos consultado el temario específico de personal de lavandería y planchado en el Servicio de Salud de la editorial Cep 2022.

También hemos visitado al servicio de lavandería del Hospital General Universitario de Ciudad Real, donde hemos podido entrevistar a varios de sus trabajadores.

4 Resultados

* Áreas organizativas del servicio de lavandería y plancha.

El servicio de lavandería hospitalaria se organiza en dos zonas básicamente, la zona de sucio (donde se reciben las prendas, se almacenan y clasifican. En esta zona se realiza el lavado de ropa sucia en la lavadora).

Después tendríamos la zona limpia, en esta zona se clasifica, seca y plancha la ropa. Además, se revisa para verificar que no hay roturas ni desperfectos, estoy empaquetan almacena y distribuye.

Para la debida separación entre estas dos zonas se requiere la utilización de equipos dotados del sistema de barreras sanitario, esto quiere decir que las propias máquinas tendrán dos zonas de acceso, un acceso en la parte de sucio por donde entrará la ropa sucia para lavar y otra zona de apertura en la zona limpia donde se sacará la ropa limpia.

En líneas generales, vamos a ver los distintos pasos que deben producirse en la recepción de la ropa sucia hasta que llega a la misma, se desinfecta, limpia y plancha.

Primero se recepciona a la ropa sucia y se pesa. Procederemos al lavado de la ropa sucia, una vez se termine la ropa se secará convenientemente.

Después, se recoge y revisa. Pasando al área de la zona limpia, donde se planchará, conservará, clasificará y almacenará.

A la llegada de la ropa sucia podemos clasificarla en urgente o normal, entre ropa muy sucia, de sangre, de cocina o trabajo.

Ropa de cama que es poco sucia.

El lavado consta del propio lavado, aclarado, centrifugado y desenredo.

En la fase de secado se llevan a cabo las actividades de centrifugado, planchado de ropa lisa grande o pequeña...

En el servicio de lavandería también existe la actividad de costura, de esta manera se repararán las prendas que puedan tener algún tipo de rotura en las costuras.

La expedición es la última fase, donde se almacenan la ropa limpia y se expide.

Diseño de la lavandería de un hospital.

Al diseñarlo a la lavandería se debe tener en cuenta que el servicio cuenta con maquinaria eléctrica y maquinaria de vapor, como ya hemos resaltado anteriormente, la zona sucia debe estar incomunicada con la zona de ropa limpia para que no haya contaminaciones por lo tanto las salidas deben ser distintas.

La zona de lavado estará aislada de la zona de secado y plancha.

Todos los materiales, máquinas y carros que se intervienen en este proceso deberán ser desinfectados periódicamente.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir debemos señalar la importancia de la distribución de las dos zonas que comprenden el servicio de lavandería, pensadas para que la ropa no se contamine entre sí evitando infecciones y contagios tanto al personal, como al resto de pacientes.

El personal de lavandería debe ser personal cualificado y debidamente formado, ya que es importante que cada uno de ellos conozca su función. El personal de sucio es exclusivo de este área y no pasarán a otras zonas.

El servicio de lavandería hospitalaria cuenta con servicios de lavado planchado y costura en los que se garantiza que la ropa esté en condiciones óptimas tanto de desinfección como de comodidad y calidad.

6 Bibliografía

Temario Cep 2022 específico, lavandería y plancha del sistema sanitario de salud.

Capítulo 740

EL PERSONAL MECÁNICO EN EL MANTENIMIENTO DE UNA HABITACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO

OSCAR CASTILLO ESPADAS

JOSE DANIEL SUSIN MONTERO

MARIO MARTÍNEZ LEÓN

JUSTINIANO RODRIGO NARANJO

1 Introducción

La mejora de la seguridad del paciente se ha convertido en un eje central de los sistemas sanitarios, llevando a diferentes organismos a elaborar estrategias.

El Ministerio de Sanidad impulsa la estrategia 2015-2020 como continuidad al plan iniciado en el año 2005 para reflexionar y tomar decisiones en cuanto a la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente se ha convertido a lo largo de los años en una prioridad de cada uno de los sistemas sanitarios, por constituir un entramado de factores que interactúan provocando posibles daños al paciente.

Tanto a nivel nacional como internacional se vienen elaborando estudios que permitan mejorar los servicios y cuidados en la línea de establecer una cultura

de seguridad dirigida a proteger la calidad que se desea dispensar a los usuarios de los sistemas sanitarios.

El mantenimiento mecánico en un hospital es donde realizan el mantenimiento de las máquinas y sistemas mecánicos, realizando tareas de ajuste, instalación, revisión, ajuste y reparación dentro del centro hospitalario.

El mantenimiento de las instalaciones industriales está asociado a un mal necesario que difícilmente es reconocido por la alta dirección empresarial, por supuesto solo considerado como un centro de costos. Un adecuado mantenimiento permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

- Dar a conocer las tareas del mantenimiento de las habitaciones hospitalarias por parte del servicio de mantenimiento mecánico de los centros sanitarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente.

También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Las labores realizadas por el personal de mantenimiento mecánico, en comunicación con el personal sanitario para la planificación de los elementos mobiliarios en un centro hospitalario, han de realizarse preferiblemente si puede ser cuando no haya pacientes y ni acompañantes en las habitaciones.

Estas revisiones suelen ser avisadas al servicio de mantenimiento por el/la supervisor/a de la planta, al jefe/a de mantenimiento, y posteriormente mediante una orden de parte de trabajo por sistema informático, en el caso del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha, es el GMAO (Sistema Informático de Partes de Mantenimiento).

El personal de mantenimiento mecánico tiene como funciones:

- Supervisión y reparación de tomas de conexión de gases medicinales en los cabeceros de las habitaciones (Oxígeno, Aire Medicinal y Vacío).
- Elementos medicinales, como caudalímetros, vacuómetros, mangueras de toma de gases y conexiones.
- Comprobación de todos los elementos eléctricos y mecánicos de las distintas camas que se encuentren en las habitaciones.
- Sujeción de cortinaje para la separación entre camas.
- Elementos de protección (rodapiés, protector de pared para evitar que se deteriore la pared, cubre esquinas, cubrejuntas, etc.).
- Comprobaciones de los elementos de puertas, y ventanas que cumplan con las seguridades pertinentes en cuanto a suicidios o por protocolo frente a la Covid-19.
- Mesitas de noche y sus elementos.
- Conjuntos de armarios.
- Y sillones y sillas para los pacientes y acompañantes.
- Comprobación de pulsadores de contacto del paciente con el control sanitario del servicio de la planta.

También el personal de mantenimiento mecánico en la supervisión de las habitaciones, si encuentra algún defecto o le comunican el personal sanitario o los pacientes, si los hubiera algún defecto que no le compete, esté ha de comunicarlo al jefe de mantenimiento y al personal que recaiga ese cargo como, por ejemplo, la iluminación al servicio de electricistas

5 Discusión-Conclusión

Para el correcto funcionamiento de todos los elementos que forman el mobiliario en las habitaciones de un centro hospitalario, el mecánico sanitario tiene la obligación de verificar después de hacer el mantenimiento del elemento como, por ejemplo: una cama de hospitalización.

En ella todos los elementos que forman este objeto han de ser comprobados, tanto los elementos eléctricos o electrónicos (sistema electrónico por mando si fuera el caso), mecánicos (ruedas, pedales, barandillas, cabecero, soporte de informes, pieceros, etc.), de forma que funcionen correctamente antes de iniciar el proceso por el cual se tiene que llamar al servicio y que el celador proceda a llevársela.

6 Bibliografía

1. Ocronos.
2. Revista médica.
3. Sanidad. CCOO.

Capítulo 741

EL PERSONAL MECÁNICO Y LA RED DE TUBOS CILÍNDRICOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

JUSTINIANO RODRIGO NARANJO

OSCAR CASTILLO ESPADAS

ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO

JOSE DANIEL SUSIN MONTERO

MARIO MARTÍNEZ LEÓN

1 Introducción

La mejora de la seguridad del paciente se ha convertido en un eje central de los sistemas sanitarios llevando a diferentes organismos a elaborar estrategias. El Ministerio de Sanidad impulsa la estrategia 2015-2020 como continuidad al plan iniciado en el año 2005 para reflexionar y tomar decisiones en cuanto a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente se ha convertido a lo largo de los años en una prioridad de cada uno de los sistemas sanitarios, por constituir un entramado de factores que interactúan provocando posibles daños al paciente. Tanto a nivel nacional como internacional se vienen elaborando estudios que permitan mejorar los servicios y cuidados en la línea de establecer una cultura de seguridad dirigida a proteger la calidad que se desea dispensar a los usuarios de los sistemas

sanitarios. El mantenimiento mecánico en un hospital es donde realizan el mantenimiento de las máquinas y sistemas mecánicos, realizando tareas de ajuste, instalación, revisión, ajuste y reparación dentro del centro hospitalario. El mantenimiento de las instalaciones industriales está asociado a un mal necesario que difícilmente es reconocido por la alta dirección empresarial, por supuesto sólo considerado como un centro de costos. Un adecuado mantenimiento permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

Explicar el funcionamiento del Sistema del Correo Neumático en un complejo hospitalario, sus funciones en un hospital y las ventajas e inconvenientes que tiene

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

El Correo Neumático en un centro sanitario es un sistema de distribución de pequeñas mercancías capaz de suministrar documentos, muestras, medicamentos, pruebas, etc.; con gran rapidez desde una parte del edificio a cualquier otro en cuestión de segundos.

Este sistema, utiliza la fuerza de impulsión del aire gracias a una serie de componentes. Estos proporcionan aire comprimido al sistema por las tuberías e impulsa los cartuchos (recipientes especiales) del mismo tamaño que el diámetro interior de la tubería a la estación donde se desee enviar.

Los componentes utilizados en el Correo Neumático de un hospital son los siguientes:

- Turbina: Los hay de varios tipos, pero el más común en estas instalaciones son los centrífugos. Es el encargado de coger el aire del exterior de la calle y mediante

unas palas descentradas sobre su eje, el aire aspirado entra por succión, se va disminuyendo el espacio que tiene el aire hasta que crea una presión y expulsa el aire dentro del sistema. La cantidad del aire es la responsable para la impulsión y la velocidad del transporte, entorno de 6 a 8 m/sg.

- Sistema de Tuberías: se encuentran ocultas por todo el entramado del edificio, normalmente están en el entretecho (cavidad entre las placas de escayola y la viga). Son fabricadas en plástico de PVC, tienen la principal ventaja de que es un material barato. Las diferentes tuberías están conectadas entre sí por unos anillos adhesivos de acero o en acero inoxidable con una mínima tolerancia para evitar posibles fugas en el circuito.

Por diferentes puntos del sistema a modo de seguridad se encuentran unos manguitos intumescentes cortafuegos, cuya función es evitar la propagación del fuego en caso de incendio del ala del hospital donde se encuentre y evitar la propagación, esté se contraen por la influencia del calor, obturando el tubo.

- Desviadores o Estaciones de Dirección: Se utilizan para desviar los cartuchos a la estación seleccionada por el personal sanitario. Es una caja controlada por una unidad central. Dentro se hayan tres vías de tuberías que mediante el ordenador controla el momento exacto cuando tiene que mover la compuerta, esta es fabricada en aluminio y hace cambiar la dirección del cartucho. Los cartuchos tienen un código de seguimiento que al pasar por la estación quedan memorizadas en el ordenador central.

- Unidad Central: La conexión entre las diferentes líneas se realiza por la unidad de central, dentro del sistema cada envío es monitorizado. Es el cerebro del sistema, es donde el personal de mantenimiento mecánico sanitario puede comprobar donde están los cartuchos, cómo va el sistema de presiones y todo el conjunto en general. En tiempo real.

- Estación de Planta: Cuando el cartucho llega a la planta lo hace a través de estas estaciones, tiene una serie de luces testigos en los que informa al usuario si le va a llegar algún envío o por el contrario si se va a enviar. Tiene un display con teclado para marcar a la estación donde quiere enviar el cartucho. Y disponen de una cesta donde son depositados los cartuchos al salir del sistema neumático.

- Cartuchos Porta-Documentos: Son las urnas donde se almacenan los diferentes documentos, pruebas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Para el personal de mantenimiento mecánico encargado en la supervisión y reparación de este sistema. Debe comprobar que no haya fugas, controlar si ha

habido algún fallo en algún momento a través del ordenador central y en caso de reparación comunicarlo al jefe de mantenimiento, que es el encargado de avisar a los demás servicios para que no envíen nada mientras se está reparando el sistema. Seguir además las instrucciones del fabricante que montó la instalación y utilizar los EPI adecuados (gafas, guantes, etc.).

Es importante el conocimiento de este sistema por parte del personal de mantenimiento, sus ventajas y desventajas así como las distintas aplicaciones del mismo en el entorno hospitalario

6 Bibliografía

- 1- Ocronos.
- 2- Revista médica.
- 3- Sanidad. CCOO.

Capítulo 742

SALUD EMOCIONAL DEL PERSONAL NO SANITARIO

MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Salud o Bienestar Emocional, es un estado de ánimo en el que nos encontramos bien y tranquilos, en el que la persona se puede dar cuenta de sus aptitudes y domina las emociones, siendo capaces de hacer frente a las tareas y situaciones del día a día, afrontando las presiones habituales, pudiendo trabajar y hacer una vida con normalidad.

La salud emocional es relevante para conseguir una vida feliz y sana.

Para tener una buena salud emocional es necesario conseguir un equilibrio en los aspectos físicos y mentales, para poder disfrutar la vida y al mismo tiempo resolver y afrontar los problemas diarios que nos van surgiendo y adaptándose a las diferentes situaciones que se vayan sucediendo.

Las circunstancias y la vida cambian de continuo, por tanto, nuestros pensamientos, carácter y sentimientos deben ser capaces de ir adaptándose a estos cambios para que no se conviertan en obstáculos en la vida diaria.

En la salud emocional deberá existir una igualdad entre la parte de emocionalidad positiva y entre la negativa, la influencia que ejercen las dos partes será similar, para poder mantener un equilibrio emocional que permita experimentar la vida con todos sus matices.

Por otro lado, es importante destacar, que el tener buena salud emocional, no es siempre sentirse continuamente bien, sino, lo normal es que, de vez en cuando en la vida, también estemos expuestos a situaciones negativas, por lo que no hay

que aspirar a tener un estado de felicidad continuo. La combinación de ambos estados, conforman la salud emocional de una persona.

2 Objetivos

- Exponer cómo utilizar la salud emocional y las emociones para comunicarse y relacionarse con los demás.
- Explicar claves importantes para gozar de una buena salud emocional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente. Así como una búsqueda en diferentes libros y artículos y también se han consultado varias bases de datos como Google Scholar, Pubmed, Scielo y diferentes informaciones encontradas en internet, seleccionando aquellas publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La salud emocional es una mezcla entre aquello que se percibe, como reacciona el cuerpo y lo que te mueve a actuar.

Todo ello es un conjunto que produce un estado emocional y psicológico que en unas ocasiones es positivo y en otras puede que sea negativo. También puede variar la intensidad y la duración en el tiempo.

Estos cambios pueden ser expresados externamente con gestos o expresiones, que el resto de personas que estén a nuestro lado en ese momento, pueden llegar a percibirlos e incluso a identificarlos.

Las emociones puede que no sean ni buenas ni malas, simplemente nos ayudan a adaptarnos a nuestro entorno. Son señales que nos informan de lo que ocurre a nuestro alrededor y esta información nos sirve para prepararnos para actuar, para poder llegar a ver nuestras metas, nuestras prioridades, además nos hacen que intentemos evitar lo negativo, el dolor y que vayamos hacia lo positivo.

Al igual que otras personas, a través de nuestra salud emocional perciben nuestras emociones y estado emocional, también nosotros podemos ver y recibir la información sobre el estado emocional de otro, permitiéndonos y ayudando a que nos podamos relacionar con los demás. Todo ello sirve para que, mutuamente,

conozcamos el estado emocional de cada uno y así podamos obtener la información de como nos encontramos tanto nosotros como los demás y poder así identificar las intenciones tanto nuestras como las de los otros.

El que conozcan nuestra salud emocional y que nosotros podamos identificar la salud o bienestar emocional de los demás, esto nos ayuda a crear vínculos con los que nos rodean, con el entorno, a aproximarnos y mejorar nuestra empatía hacia los demás y también influye en nosotros positivamente, al tiempo que aumenta nuestra sensación de bienestar.

Además de cuidar la salud emocional de uno mismo, es también importante cuidar la de aquellos que nos rodean y comparten vida con nosotros, ya sea en lo personal o en lo laboral, se deben cuidar las relaciones de nuestro entorno para poder disfrutar de una buena salud emocional.

5 Discusión-Conclusión

El compartir con aquellos que nos rodean las cosas del día a día, los problemas y las preocupaciones con personas que gozan de nuestra confianza o con quienes vivieron una experiencia similar a la que nos está ocurriendo, nos va a ayudar a buscar soluciones y también a sentirnos acompañados, bien por nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo y esto también va a suponer la posibilidad de recibir apoyo, pero también de dar apoyo y así al compartir los problemas o situaciones, que también pueden ser positivas, nuestra salud emocional se va a fortalecer y mejorar.

Hay que tener en cuenta que para gozar de una buena salud emocional, nosotros tenemos que poner de nuestra parte, procurando tener la mente de manera positiva, alimentarse bien es importante, así como organizar nuestro tiempo, hacer ejercicio físico, vivir el ahora y no hacer planes a largo plazo que nos puedan fallar y nos darán un bajón emocional, hay que procurar dormir bien, que sean horas de sueño plenas y reparadoras, relajarse en lo posible y disfrutar de la compañía y de las charlas de los familiares, amigos, compañeros del trabajo y por supuesto estar dispuesto a conocer gente nueva.

Es importante aplicar determinadas claves que están en nuestra mano para gozar de bienestar emocional, el autocuidado ayuda, pero si es necesario recurrir a profesionales que nos orienten y ayuden a salir de nuestros problemas, debemos hacerlo y sin demora para evitar caer en una mala salud emocional e incluso en situaciones más graves. Es muy importante reconocer los sentimientos y encararlos de manera que contribuyan al tratamiento y recuperación de la salud emocional.

El bienestar o salud emocional es uno de los pilares para conseguir una vida plena y feliz.

6 Bibliografía

1. www.avancepsicologos.com
2. www.comunidad.madrid
3. www.osakidetza.euskadi.eus
4. <https://psicologiaymente.com>
5. www.eltiempo.com
6. www.caser.es
7. <https://medlineplus.gov>
8. www.sanidad.gob.es
9. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
10. www.institutopsicobiologico.com

Capítulo 743

MANEJO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL DEL PERSONAL NO SANITARIO

MARÍA DEL CARMEN VEGA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El manejo de cargas y la higiene postural, tiene una gran relevancia en el ámbito laboral, fundamentalmente y en la sociedad en general, ya que su repercusión, además de económica, es una de las principales causas de absentismo laboral.

Una mala higiene postural y un manejo inadecuado de las cargas es una de las dolencias más comunes y uno de los motivos que con más frecuencia se consulta en la medicina de atención primaria.

Es importante mencionar que un manejo de cargas inadecuado y una mala higiene postural, puede causar limitación de las actividades diarias e incapacidad temporal o permanente para el trabajo, por estas razones, es una dolencia de gran impacto sociosanitario y económico.

Las lesiones más frecuentes son músculo esquelético, entre las que pueden aparecer lumbalgias, hernias discales, distensiones musculares, entre otras.

El trasladar un objeto de manera incorrecta, el inadecuado manejo manual de cargas, el mantener en el puesto de trabajo una postura inadecuada y mantenida en el tiempo, puede ser la causa de un gran número de lesiones y dolencias, destacando principalmente aquellas que afectan a la zona dorsolumbar.

Nuestro cuerpo es sometido a exigencias que nos pueden llevar a adoptar posturas incorrectas y a efectuar repetición de movimientos que podrían derivar en lesiones y molestias dolorosas.

De todos depende el trabajar más seguros, por eso tanto el empresario como los trabajadores, deben poner de su parte y tener un buen plan de prevención de riesgos efectivo y que contribuya a la mejora de los accidentes y enfermedades profesionales, con la colaboración de todos.

2 Objetivos

- Conocer las principales consecuencias de un inadecuado manejo de cargas y de una mala higiene postural
- Detallar los factores de riesgo y posibles complicaciones del manejo de cargas e higiene postural
- Definir las acciones preventivas del manejo de cargas e higiene postural

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica para buscar artículos sobre el tema, seleccionando aquellos de publicaciones con rigor, consultando diferentes bases de datos, Pubmed, Scielo, Google, así como buscando aquella información que se encontró en internet, en revistas médicas y diferentes publicaciones eligiendo aquellas que están publicadas y revisadas y donde se pudo recabar información sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Los desequilibrios musculares producidos por un mal manejo de las cargas, llevar pesos de una forma poco adecuada o por una mala posición postural en la realización de las actividades laborales, o en la vida diaria, en el puesto de trabajo la mayoría de las veces de forma inconsciente, son las causas que provocan los dolores músculo-esqueléticos tan temidos y tan dolorosos.

Adoptar una buena postura y movilizarse correctamente, es fundamental, para que la carga en la columna vertebral y la musculatura sea mínima.

Los problemas en la espalda se producen generalmente a causa de nuestras costumbres, por lo que es necesario modificar aquellas que son erróneas, debemos corregir los malos hábitos.

El dolor de espalda puede producirse en cualquier lugar, pero suele ser más común en la zona lumbar.

La relación del trabajador y el manejo de cargas en su puesto de trabajo y el proceso mecánico de repetir siempre lo mismo, es un factor que favorece y determina la aparición de lesiones.

El levantamiento y transporte de cargas de manera incorrecta y mantener una postura inadecuada en el puesto de trabajo, es la causa principal de la aparición de lesiones. Se debe tener en cuenta que las posturas forzadas a veces dependen de las condiciones de trabajo, del diseño de los puestos, organización del trabajo o de las exigencias físicas de las tareas.

Las prisas, la rutina, pueden ser alguna de las causas que provocan que hagamos malas posturas, o lo hacemos mal al levantar o mover cargas en el lugar de trabajo, esto trae consecuencias y lesiones que en ocasiones se pueden evitar.

Si hablamos del personal que trabaja en el ámbito sanitario como pueden ser celadores, lavanderas, planchadoras, entre otros, son trabajadores que pueden llegar a sufrir un alto grado de lesiones en la espalda, en gran medida debido tanto a la manipulación de pacientes como de cargas pesadas.

Es esencial conocer el límite de nuestro cuerpo para la manipulación de cargas y también saber las posiciones correctas, para conseguir mantener una higiene postural adecuada.

Pasamos gran parte de nuestro tiempo en el puesto de trabajo, por lo que debemos ser conscientes y darle la importancia que tiene el adoptar rutinas correctas y que nos beneficien en la parte física, prestar atención a nuestra higiene postural y al manejo de cargas, de cara a evitar lesiones que nos puedan afectar en nuestro bienestar a corto y largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

Aunque puede parecer obvio, es muy importante que seamos muy conscientes de la postura que adoptamos en el puesto de trabajo y como manejamos las cargas. La higiene postural y el manejo de cargas es necesario que durante toda la jornada laboral, se haga de manera correcta y adecuada, para prevenir lesiones de tipo inflamatorio, de desgaste muscular, lumbagos, entre otras de mayor gravedad.

La realización de la actividad laboral no debería ser un riesgo para la salud del trabajador, por lo que es muy importante que los profesionales estén formados e informados y conozcan los posibles riesgos ergonómicos de su puesto laboral y la forma correcta de realizar su actividad laboral sin causar daños a su salud física.

Los trabajadores deben conocer y aplicar las técnicas de manipulación de cargas y la higiene postural adecuada en cada caso, para poder realizar las tareas

adoptando posturas correctas y optimizando el esfuerzo.

También es muy recomendable la realización de ejercicio físico para fortalecer la musculatura de la espalda, piernas y abdomen y así evitar posibles lesiones.

Todo trabajador que tenga en cuenta las recomendaciones para el manejo de cargas e higiene postural, se va a ahorrar muchas preocupaciones y contratiempos en la aparición de problemas de salud relacionados con su trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 744

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA HERNIA DISCAL

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

1 Introducción

Una hernia discal, también conocida como hernia de disco o disco herniado, es una afección que afecta a la columna vertebral y puede causar dolor y otros síntomas. Para comprenderla, es importante conocer la anatomía de la columna vertebral.

La columna vertebral está compuesta por vértebras apiladas, y entre cada par de vértebras se encuentra un disco intervertebral. Estos discos actúan como amortiguadores y están formados por un núcleo gelatinoso rodeado de un anillo fibroso.

Una hernia discal ocurre cuando el núcleo gelatinoso del disco se sale o se rompe a través del anillo fibroso, ejerciendo presión sobre los nervios espinales circun-

dantes. Esto puede causar una variedad de síntomas, que incluyen dolor agudo en la espalda o el cuello, así como dolor, entumecimiento o debilidad en las extremidades.

Las hernias discales pueden ocurrir en cualquier parte de la columna vertebral, pero son más comunes en la parte baja de la espalda (hernia lumbar) y en el cuello (hernia cervical). Los factores de riesgo incluyen el envejecimiento, la predisposición genética, el levantamiento de objetos pesados incorrectamente y el desgaste de los discos con el tiempo.

El tratamiento de una hernia discal varía según la gravedad de los síntomas. Las opciones incluyen terapia física, ejercicios de fortalecimiento, medicamentos para el dolor y la inflamación, y en casos graves, cirugía para aliviar la presión sobre los nervios.

Una hernia discal es una afección de la columna vertebral en la que el núcleo gelatinoso de un disco intervertebral se sale o se rompe a través del anillo fibroso, causando dolor y otros síntomas. El manejo varía según la gravedad de la hernia discal y puede incluir terapia física, medicamentos o cirugía en casos más graves.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en una intervención quirúrgica de hernia discal, contribuyendo al funcionamiento fluido del quirófano y al bienestar del paciente. Sus funciones se pueden resumir en varias áreas clave.

En primer lugar, el celador se encarga de la preparación de la sala de operaciones antes de la cirugía. Esto incluye verificar que todos los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en buen estado. Además, colabora en la limpieza y desinfección del área para mantener un entorno estéril.

Durante la cirugía, el celador asiste al personal médico en la movilización del paciente hacia la mesa de operaciones. Esta tarea debe llevarse a cabo con cuidado y precisión para evitar lesiones o complicaciones. El celador también se asegura de que el paciente esté posicionado correctamente y con las medidas de seguridad adecuadas, como la colocación de cinturones y almohadas.

Una vez que la cirugía está en curso, el celador permanece en la sala para asistir en cualquier necesidad logística que surja. Esto puede incluir la reposición de suministros, ajustar las luces o mover el equipo según las indicaciones del cirujano. La comunicación eficiente con el equipo médico es esencial para garantizar que todo fluya sin problemas.

Además, el celador juega un papel crucial en la seguridad del paciente. Debe estar atento a cualquier cambio en la condición del paciente durante la cirugía y notificar inmediatamente al personal médico si surge alguna preocupación. También está preparado para responder a situaciones de emergencia, como la administración de reanimación cardiopulmonar (RCP) si es necesario.

Al final de la cirugía, el celador ayuda en la transferencia del paciente de regreso a la camilla y luego a la sala de recuperación. Asegura que el paciente esté cómodo y seguro durante este proceso. Después de la cirugía, el celador colabora en la limpieza de la sala de operaciones y en la preparación para futuras cirugías.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las funciones del celador en una intervención quirúrgica de hernia discal son cruciales para garantizar la eficiencia, la seguridad y el bienestar del paciente. Su colaboración estrecha con el equipo médico y su atención constante al entorno quirúrgico son esenciales para el éxito de la operación.

6 Bibliografía

Neyra, H. T., Quesada, J. M. D., Sáez, H. T., & Sáez, L. T. (2016). Hernia discal lumbar, una visión terapéutica. *Revista cubana de Ortopedia y Traumatología*,

30(1), 27-39.

Capítulo 745

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN DE UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

1 Introducción

Un traumatismo craneoencefálico severo (TCE) es una lesión grave que afecta al cerebro y al cráneo. En estos casos, es fundamental comprender la gravedad de la situación y tomar medidas inmediatas.

En primer lugar, la evaluación médica urgente es esencial. Los síntomas pueden variar, desde pérdida de conciencia hasta confusión, dificultades en el habla o cambios en la visión. Cualquier persona con sospecha de TCE severo debe recibir atención médica de emergencia de inmediato.

La atención médica se centrará en estabilizar al paciente. Esto puede incluir la intubación para garantizar una vía aérea adecuada y la administración de medicamentos para controlar la presión intracraneal. Se pueden realizar tomografías computarizadas para evaluar el daño cerebral y guiar el tratamiento.

La cirugía puede ser necesaria para aliviar la presión en el cerebro, como la evacuación de un hematoma intracraneal o la reparación de fracturas craneales.

La rehabilitación es una parte fundamental del proceso de recuperación en TCE severo. Esto puede incluir terapia ocupacional, física y del habla para recuperar habilidades perdidas. El apoyo emocional y psicológico también es crucial, tanto para el paciente como para sus seres queridos.

El TCE severo es una lesión cerebral grave que requiere atención médica urgente y una atención continua a largo plazo. El pronóstico puede variar según la gravedad de la lesión y la rapidez con que se reciba atención médica adecuada. La rehabilitación y el apoyo emocional juegan un papel vital en la recuperación y la calidad de vida a largo plazo del paciente.

2 Objetivos

Mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en la intervención de los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El rol del celador en el cuidado de un paciente con traumatismo craneoencefálico severo (TCE) es crucial para garantizar una atención segura y efectiva. Sus fun-

ciones son variadas y abarcan aspectos logísticos, de seguridad y apoyo emocional. Aquí se describen en detalle:

Preparación de la sala y equipo: El celador debe asegurarse de que la sala de hospitalización esté limpia y equipada con todo lo necesario para el cuidado del paciente con TCE. Esto incluye verificar que la cama y las barandas estén en buenas condiciones y que los dispositivos médicos, como monitores, estén operativos.

Ayuda en el traslado del paciente: El celador colabora en el transporte seguro del paciente desde la sala de urgencias o la sala de operaciones hasta la habitación de hospitalización. Es fundamental mover al paciente con suavidad y cuidado para evitar daños adicionales.

Asistencia en la higiene y cuidado personal: Durante la hospitalización, el celador puede ayudar al paciente con tareas de higiene personal, como el baño parcial o el cambio de ropa de cama, dependiendo de la capacidad del paciente.

Apoyo en la movilización y prevención de úlceras por presión: El paciente con TCE severo a menudo requiere reposo en cama prolongado. El celador debe colaborar en cambios de posición para prevenir úlceras por presión y, cuando sea posible, movilizar al paciente según las indicaciones médicas.

Vigilancia y registro de signos vitales: Es importante que el celador esté atento a los signos vitales del paciente, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno. Deben registrar estos datos y comunicar cualquier cambio al personal de enfermería o médico de inmediato.

Apoyo emocional y confort del paciente: La presencia del celador también puede brindar consuelo al paciente y a sus familiares. Escuchar sus necesidades, proporcionar respuestas tranquilizadoras y mantener un ambiente de apoyo es esencial.

Colaboración en traslados y procedimientos médicos: Cuando sea necesario, el celador asiste en el traslado del paciente a estudios de imagenología o procedimientos médicos, asegurando su seguridad durante el proceso.

En conclusión, el celador desempeña un papel valioso en el cuidado de pacientes con traumatismo craneoencefálico severo al proporcionar apoyo logístico, asistencia en la movilización y brindar un ambiente de cuidado y confort. Su presencia contribuye a la atención integral y segura de estos pacientes vulnerables.

5 Discusión-Conclusión

Mi recomendación fundamental como celador en casos de traumatismo craneoencefálico severo es la empatía y la paciencia. Tratar con pacientes en esta situación puede ser desafiante, pero mantener una actitud compasiva y tranquilizadora es esencial para su bienestar. Asegúrese de estar siempre alerta a las necesidades del paciente y actúe con cuidado al movilizarlo o brindar asistencia. Colabore estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar un cuidado coordinado y efectivo. Además, tenga en cuenta la importancia de mantener el entorno de la habitación limpio y seguro para prevenir caídas o complicaciones. La comunicación clara y efectiva con el paciente y sus familiares es fundamental para proporcionarles información y apoyo durante esta difícil situación. Su presencia puede hacer una gran diferencia en el proceso de recuperación y en la experiencia general del paciente y sus seres queridos.

6 Bibliografía

Rayo, A. C., Olazo, O. M., Guillén, A. I., Salas, R. M., Hernández, G. L., & Pompa, M. S. (2009). Traumatismo craneoencefálico severo. *Medicina Crítica*, 23(2), 94-101.

Capítulo 746

ARTRITIS REUMATOIDE DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LA FISIOTERAPIA

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

Dentro del grupo de enfermedades osteoarticulares, también conocidas como reumatológicas, se agrupan todas las patologías que involucran el deterioro y disfunción del sistema óseo y articular del cuerpo humano con afectación de sus configuraciones internas y adyacentes como son el cartílago o los tejidos blandos periarticulares. Estos trastornos son, en la actualidad, una de las enfermedades más frecuentes, teniendo más prevalencia en el sexo femenino mayor de 50 años. Este grupo de enfermedades, están en continuo crecimiento en los últimos años. Los síntomas más característicos de estos trastornos son el dolor y la impotencia funcional de alguna parte concreta y localizada del aparato locomotor, en particular, las articulaciones. Aunque este grupo de patologías no causan directamente

la muerte, es de suma importancia darles un espacio en las campañas de prevención y promoción de la salud, ya que son estas enfermedades las que ocasionan más problemas de tipo funcional en la vida diaria del paciente.

Dichas enfermedades son un proceso inflamatorio de degenerativo de las articulaciones y normalmente afectan en la mayor parte de los casos en personas de edad avanzada.

Las enfermedades osteoarticulares más frecuentes son:

- Artritis Reumatoide
- Artrosis
- Bursitis
- Capsulitis Adhesiva
- Cervicoartrosis
- Espondilosis cervical
- Espondilitis Anquilosante

2 Objetivos

Detallar cómo ha de trabajarse en terapia ocupacional con respecto a la artritis reumatoide.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A la hora de valorar el tratamiento en terapia ocupacional, deberemos medir:

La movilidad articular: bien con un goniómetro o bien a través de las actividades básicas de la vida diaria.

La existencia de deformidades: para ello debemos determinar si las cápsulas y los ligamentos están holgados, produciendo esto un excesivo movimiento articular, músculos muy tensos, inflamación en la zona y si existe integridad en las articulaciones y en los tendones.

La fuerza: para medir la fuerza no es conveniente utilizar el dinamómetro, para evaluar la fuerza muscular se debe utilizar isométricamente y no isotónicamente; el movimiento isotónico contra una resistencia aumenta la inflamación y el dolor en las articulaciones afectadas.

La resistencia: El paciente tendrá que aprender a descansar antes de que aparezca la fatiga cuando realice cualquier actividad, por lo tanto, deberá medirse la resistencia haciendo las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y para ello es necesario que aprenda a valorarse por él mismo.

La evaluación de la función de la mano: evalúan las capacidades prensiles como el pellizco (pinza de la ropa) o la presión con un dedo (interruptor de la luz) y las capacidades no prensiles, se usa la mano sostenida estáticamente como la sujeción de un libro.

Valoraremos también la existencia de dolor, edema y la rigidez; sin olvidarnos de la existencia de los efectos psicológicos, familiares y sociales, ...

El terapeuta ocupacional tendrá que considerar el daño general y el daño de cada articulación en particular, también deberá conocer con qué equipo multidisciplinar cuenta el paciente, conocer a la familia y el trabajo y no deberá olvidarse de los hobbies del mismo. Tendrá que realizar alguna visita domiciliaria, para valorar si se necesita incrementar ayudas técnicas o hacer alguna adaptación del entorno en el que vive.

5 Discusión-Conclusión

La terapia ocupacional es imprescindible a la hora de programar el tratamiento en personas con problemas de artritis reumatoide. Cuando planifiquemos sus actividades deberemos tener en cuenta:

Que las actividades se realizarán siempre por debajo del umbral del dolor y la

fatiga, para ello deberemos educar al paciente para que así lo aprenda, se irá aumentando poco a poco la resistencia a la actividad haciendo periodos de descanso cuando el paciente lo necesite.

Tendremos en cuenta que es preferible una articulación ligeramente rígida pero funcional que una articulación móvil, dolorosa pero no funcional.

El terapeuta ocupacional irá adaptándose a las posibles nuevas lesiones, y al estado evolutivo del paciente, incrementando las adaptaciones y las ayudas técnicas si fueran necesarias.

Todas las funciones prensiles de prensión de un dedo serán sustituidas por presiones palmares.

Todas las funciones no prensiles estáticas serán sustituidas, anulando la desviación cubital que se pueda producir, bien cambiando la actividad o bien con alguna ayuda técnica.

Todas las funciones no prensiles sostenidas en extensión se tendrán que realizar en contra de las agujas del reloj, para evitar la desviación cubital que conllevan.

Cuando la actividad requiera pronación se realizará con una extensión de codo, cuando se requiere supinación no importa que el codo esté en flexión, porque el cubito y el radio están alineados.

6 Bibliografía

1. Oliva-Gutiérrez E, Martínez-Godoy MP, Zapata-Zúñiga M, Sánchez-Rodríguez SH. Artritis Reumatoide: Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. Arch Med. 2012;8(1):1–7.
2. Batlle E, Vega M, Bernabeu P, Panadero G. Artritis Reumatoide. Actual pediátr. 1996;6(1):475–94.
3. Vinaccia S, Tobón S, Pedro EMS, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Int J Psychol Psychol Ther. 2005;5(1):47–61.
4. Neira F, Ortega JL. Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. Rev la Soc Esp del Dolor. 2006;13(8):561–6.

Capítulo 747

PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LA FISIOTERAPIA

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

La parálisis cerebral infantil es considerada una secuela debida a una encefalopatía no progresiva en un cerebro aun sin madurar, su causa puede ser pre, peri o posnatal. La parálisis cerebral está caracteriza por la alteración en el sistema muscular, músculo-esquelético y sensoriales como resultado inmediato de una fisiopatología o consecuencias indirectas desarrolladas para compensar los trastornos. La discapacidad producida puede ir variando a medida que el niño crezca, intentando compensar las dificultades posturales y del movimiento que se presenten en cada etapa evolutiva. Aunque la denominación “parálisis cerebral” implica un trastorno de la postura y del movimiento, a menudo se puede asociar con retraso mental o dificultades del aprendizaje, alteraciones del lenguaje, trastornos de la audición, epilepsia o alteraciones visuales. La detención precoz

es de suma importancia, aunque a veces la disfunción sensoriomotriz no se reconoce hasta que el niño desarrolla movimiento en contra de la gravedad.

Encontramos diferentes factores etiológicos que pueden causar una parálisis cerebral, dependiendo de la etapa en la que se produzca la lesión. Dentro de cada período existen diferentes causas

PERÍODO PRENATAL:

- Enfermedades infecciosas de la madre en el primer trimestre de gestación
- Trastornos de la oxigenación fetal determinados por insuficiencia cardíaca grave de la madre
- Enfermedades metabólicas
- Hemorragia cerebral fetal

PERÍODO PERINATAL: Estas causas son las más conocidas, y su incidencia es cada vez menor. La causa más frecuente es la anoxia neonatal por traumatismos físico directo durante el parto producidos por las maniobras de extracción inadecuadas y todas las causas que produzcan sufrimiento fetal. Las secuelas de esta lesión pueden ocasionar retraso mental, espasticidad, ataxia y epilepsia.

PERÍODO POSNATAL: Las causas más importantes que producen parálisis cerebral durante el periodo posnatal, son las intoxicaciones, los traumatismos y las infecciones, sobre todo sepsis y meningitis.

2 Objetivos

Destacar la importancia de la fisioterapia y la terapia ocupacional en el tratamiento de la parálisis cerebral infantil.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los niños con PC presentan dificultades en casi todas las áreas del desempeño ocupacional, bien por limitaciones derivadas de la propia patología o bien por las barreras presentes que dificultan la interacción social.

Los objetivos generales desde la terapia ocupacional en niños con parálisis cerebral van enfocados a mejorar en el funcionamiento de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Con ello pretendemos conseguir la mayor autonomía posible en el niño a la hora de la alimentación, el aseo personal, el vestido, las transferencias, la deambulaci3n, el manejo del dinero, uso del transporte... Aunque usaremos diferentes estalas para la evaluaci3n de dichos objetivos, no dejaremos atr3s la observaci3n continuada de cada usuario.

Las intervenciones desde terapia ocupaci3n, pueden ser directas o indirectas, asimismo, tambi3n podemos emplear las adaptaciones y ayudas t3cnicas necesarias para lograr el mejor funcionamiento posible del ni1o en cada contexto en concreto.

No debemos olvidar incluir la comunicaci3n y el asesoramiento a familiares, educadores del medio escolar y dem3s personal de referencia del ni1o en el contexto comunitario.

ÁREAS DE TRABAJO EN TERAPIA OCUPACIONAL:

- Mot3rica-funcional: Esta 3rea engloba los aspectos f3sicos e incluye:
 - Motricidad Gruesa: movilidad de miembros superiores (Ej. Coger un bal3n)
 - Motricidad Fina: pinzas manuales y digitales (Ej.: coger un l3piz para poder escribir)
 - Deambulaci3n y Posicionamientos (en sedestaci3n, bipedestaci3n y en dec3bito)
- Cognitiva-sensorial:

Aspectos cognitivos: son los encargados del conocimiento y la interacci3n con el medio que nos rodea.

- Orientaci3n en el tiempo y en el espacio: reconocer la franja horaria y la locaci3n dentro de un contexto.

– Procesos Superiores: Memoria, cálculo, esquema corporal y resolución de problemas

Sistemas sensoriales: La Estimulación Multisensorial constituye un campo importante dentro de la población con parálisis cerebral. Las personas que abordamos en el proceso rehabilitador presenta algún déficit sensorial. Por ello, es necesario mostrar diferentes experiencias de estimulación sensorial que permitan al usuario integrar cada estímulo que acontece a su alrededor mediante diversas actividades sensoriales.

- Socio-Comunitaria: Al trabajar esta área nos centraremos tanto en aspectos relacionados con la integración social de niño, como en el ámbito afectivo.
- Adaptaciones y Ayudas Técnicas. Elaboración, adaptación y entrenamiento en ayudas técnicas:

Adaptaciones para el posicionamiento y sedestación de cada usuario.

Utensilios para conseguir la autonomía en la alimentación: engrosar los cubiertos o aumentar el peso de tenedores y cucharas adecuándolos a las capacidades motrices de cada uno.

Adaptar aparatos para facilitar el manejo del teclado del ordenador y confección de adaptadores de bolígrafo para conseguir la escritura.

Adaptaciones del mobiliario del centro.

Confección de órtesis teniendo en cuenta la ergonomía postural de cada usuario.

5 Discusión-Conclusión

La terapia ocupacional es una parte indispensable en el tratamiento de niños con parálisis cerebral. Es de suma importancia comenzar el tratamiento de manera precoz desde atención temprana. Al ser un colectivo con muchas necesidades desde el punto de vista de la terapia ocupacional debido a su gran dependencia, el tratamiento va a variar mucho en función del tipo y del grado de discapacidad del niño. En algunos casos la discapacidad será física, en otros intelectuales y en otros una combinación de ambas, pero lo que si van a tener en común es la dependencia que también variaría en función de la afectación, por lo que la terapia ocupacional debe estar siempre presente en el tratamiento de niños con parálisis, no solamente para trabajar con ellos de manera directa, sino también

para hacer modificaciones en su entorno y proporcionarse una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

Bernardo de Quirós, M. (2015a). Capítulo 1: Introducción general a la psicomotricidad. In M. Bernardo de Quirós (Ed.), *Psicomotricidad, guía de evaluación e intervención* (pp. 19- 29). Madrid, España: Pirámide.

Bernardo de Quirós, M. (2015b). Capítulo 6: Técnicas de intervención. In M. Bernardo de Quirós (Ed.), *Psicomotricidad, guía de evaluación e intervención* (pp. 109- 134). Madrid, España: Pirámide.

Bernardo de Quirós, M. (2015c). Capítulo 7: Intervención psicomotriz en PC. In M. Bernardo de Quirós (Ed.), *Psicomotricidad, guía de evaluación e intervención* (pp. 139- 151). Madrid, España: Pirámide.

Durante Molina, P., Polonio López, B., & Noya Arnaiz, B. (2001a). Capítulo 4: Fundamentos filosóficos de la terapia ocupacional. In P. Durante Molina, B. Polonio López, & B. Noya Arnaiz (Eds.), *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional* (pp. 35-59). Madrid, España: Médica Panamericana.

Durante Molina, P., Polonio López, B., & Noya Arnaiz, B. (2001b). Capítulo 9: Modelos propios de terapia ocupacional. Modelo de Desempeño Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). In P. Durante Molina, B. Polonio López, & B. Noya Arnaiz (Eds.), *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional* (pp. 104- 109). Madrid, España: Médica Panamericana.

Durante Molina, P., Polonio López, B., & Noya Arnaiz, B. (2001c). Apéndice I: Sumario de términos y técnicas. In P. Durante Molina, B. Polonio López, & B. Noya Arnaiz (Eds.), *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional* (pp. 269-278). Madrid, España: Médica Panamericana.

Jorquera Cabrera, S., & San Juan Jiménez, M. (2005). Capítulo 8: Actividades capacitantes más utilizadas. In P. García Margallo Ortiz de Zárate, M. San Juan Jiménez; S. Jorquera Cabrera, & I. Navas Morales (Eds.), *El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional* (pp.170- 197). Madrid, España: Aytona Editores.

Llorca Llinares, M., Ramos Díaz, V., Sánchez Rodríguez, J., & Vega Navarro, A. (2002). Capítulo XXII: Relevancia del juego cooperativo y creativo en el desarrollo cognitivo, social y emocional. In M. Llorca Llinares, V. Ramos Díaz, J. Sánchez Rodríguez, & A. Vega Navarro (Eds.); *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento* (pp. 489.566). Málaga, España: Ediciones Aljibe. Figura

Capítulo 748

DOLOR CRÓNICO DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LA FISIOTERAPIA

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

El dolor crónico se puede describir como un dolor que persiste durante meses e incluso años. Generalmente, para que un dolor sea considerado crónico debe cumplir una de las siguientes características:

- Debe persistir durante un mínimo de 3 meses después de la desaparición de la lesión o el trastorno que causaron el dolor.
- Dolor repetitivo que aparece de manera intermitente a lo largo de los meses o de los años.
- Dolor asociado a lesiones que no tienen cura o a enfermedades como cáncer, artritis, diabetes, fibromialgia.

El dolor crónico hace que el sistema nervioso sea más sensible al dolor, estimulando de manera continuada las fibras y las células nerviosas que reciben y

mandan las señales del dolor, modificando la estructura de las fibras y células nerviosas o haciéndolas más activas. El resultado de esto es que el dolor aparece ante estímulos que no suelen ser dolorosos o hacer que los estímulos dolorosos sean mucho más intensos. En algunas ocasiones el dolor puede empeorar con factores psicológicos como el temor y la ansiedad. Las personas que padecen dolor crónico a menudo se sienten cansadas, presentan problemas para dormir, tienen pérdida del apetito y/o el gusto por la comida y bajan de peso. Pueden sufrir estreñimiento y su deseo sexual también puede disminuir. Estos problemas pueden aparecer de forma gradual. El dolor continuo puede incapacitar a la persona afectada para hacer lo que normalmente le resultaba gratificante, haciendo que pueda deprimirse y volverse más ansiosa. Puede dejar de hacer sus actividades, aislarse socialmente y preocuparse por la salud física. Debido a estos problemas se pueden ver afectados el desempeño ocupacional y funcional de las personas que lo padecen.

2 Objetivos

Detallar las funciones de la terapia ocupacional y la fisioterapia con relación al dolor crónico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El objetivo general de la intervención desde el enfoque de la Terapia Ocupacional estará orientado a fomentar una calidad de vida satisfactoria, facilitando un desempeño ocupacional efectivo y procurando mantener su bienestar físico, emocional y social.

Los objetivos deberán ser consensuados con el paciente, teniendo siempre en cuenta por encima de todo sus características individuales, necesidades, deseos y motivaciones, desarrollando así un plan de tratamiento centrado en la persona.

Dentro de un programa de tratamiento a este nivel, se incluirán muchos de estos aspectos:

Asesoramiento y apoyo al usuario, familiares y cuidadores

Manejo y alivio de la sintomatología.

Adaptación del entorno.

Reorganización de rutinas.

Intervención en actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

Control del estrés, ansiedad y técnicas de conservación de la energía.

Identificar las actividades específicas o comportamientos que pueden aumentar el dolor, así como proponer alternativas, buscar métodos para reducir la duración de los episodios de dolor.

Reentrenamiento de funciones cognitivas y perceptuales afectadas.

La intervención del terapeuta ocupacional en este campo puede ayudar a que las personas que se ven afectadas aprendan a controlar sus efectos, recuperando o adaptando sus actividades de la forma más funcional posible para ellos. Muchas de estas personas han pasado por multitud de tratamientos con anterioridad, ya sea medicación, cirugía, estimulación nerviosa, masajes, etc. Pero en ocasiones se encuentran perdidos a la hora de controlar sus actividades diarias y estilo de vida, conviviendo con el dolor. El terapeuta ocupacional será el encargado y responsable de aumentar la autonomía en las Actividades de la Vida Diaria, puesto que es el profesional capacitado para realizar la evaluación y el análisis del desempeño de estas funciones, determinando el método y el grado de participación en las mismas. Para ello modificará las actividades de autocuidado, trabajo y ocio, aumentando con ello su independencia, bien ejerciendo cambios sobre las propias actividades, o sobre el entorno. De esta forma, además de reducir la dependencia, se reduce el uso de medicamentos para el dolor. Es importante que el terapeuta ocupacional guíe al usuario a lo largo de la enfermedad para que consiga adaptarse a sus limitaciones en todas las áreas.

El Terapeuta Ocupacional valorará al individuo como un todo, evaluando así cada uno de los aspectos de su vida, desde el área más funcional hasta aspectos emocionales y sociales que se puedan estar viendo afectados. Este deberá llevar a cabo diferentes entrevistas y evaluaciones para lograr recabar la máxima información

posible que le permita establecer un programa de intervención lo más completo y exitoso posible para el individuo.

Entre algunos aspectos a evaluar encontramos:

Aspectos físicos (musculares, rango articular, fuerza...)

Factores cognitivos y psicosociales

Desempeño de actividades básicas en su vida diaria.

Valoración del hogar.

5 Discusión-Conclusión

La participación del terapeuta ocupacional puede producir una disminución en los niveles de dolor que sienten los pacientes, también puede hacer que aumente la autoconfianza en ellos mismos; en definitiva, pueden llegar a conseguir que aumente su calidad de vida a través de trabajar con ellos la autonomía.

El terapeuta ocupacional también se va a encargar de enseñarles habilidades y estrategias para que ellos mismos aprendan a controlar el dolor para poder desarrollar actividades de la vida cotidiana, reduciendo los niveles de ansiedad y mejorando el desempeño ocupacional para que puedan incorporar nuevas actividades en su rutina diaria sin sufrir un dolor excesivo.

6 Bibliografía

1. Waliño Paniagua CN, González González J, del Teso Rubio MM. Terapia Ocupacional en fibromialgia: ¿podemos ayudar al sistema sanitario a tratar pacientes con fibromialgia?. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10 (17): [63 p.]. Disponible en: [http:// www.revistatog.com/num17/pdfs/original5.pdf](http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original5.pdf)
2. Terapia Ocupacional Org [sede Web]*. 2014 [acceso 11 de abril de 2014]. Dolor crónico y terapia ocupacional. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.org/dolor-cronico>
3. Agrupación Española de Profesionales de la Salud para el Estudio de Enfermedades Reumáticas. La Terapia Ocupacional en Reumatología [monografía

en Internet]*. Madrid: AEPROSER; [acceso 9 de abril de 2014]. Disponible en: www.ser.es/

ArchivosDESCARGABLES/ Grupos_Trabajo/Aeproser/espTerapia ocupacional.pdf

4. Collado Cruz A, Muñoz Gomez J, Perez Martinez J, Maroto P d S, Gomez Casanovas E, Alfonso Moreno I, Torres X, Peri M^a J, Arias i Gassol A, Farres Colom M. Protocolos de evaluación y tratamiento de los pacientes con fibromialgia. Unidad de Fibromialgia. Instituto de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Instituto de Neurociencia. Anestesia-Clínica del Dolor. Consultado el 9/04/2014. Disponible en: www.ser.es/

ArchivosDESCARGABLES/ Practica_clinica/Protocolos/ Evaluacion_y_tratamiento_de_la_Fibromialgia .pdf

5. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MAH, van den Ende CHM. Terapia ocupacional para la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: [http:// www.update-software.com](http://www.update-software.com).

(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Capítulo 749

SALUD LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS .

MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ ALVAREZ

NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ

ANA BELÉN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales” y no solamente la ausencia de enfermedad. Por lo tanto, debe considerarse como un estado que debe intentar mejorarse y que implica a todos los individuos, relacionados.

Así mismo, la salud laboral es, según la definición de la OMS, “una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores”. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo, intentando minimizar los riesgos, teniendo como objeto aplicar las medidas que sean necesarias para tratar de evitar esos riesgos en el lugar de trabajo y promocionar la salud entre los trabajadores.

En materia de seguridad y salud laboral se ha asumido como objetivo primordial la consolidación de una cultura preventiva en los entornos laborales, recalcando las instituciones competentes la importancia de la integración de la prevención y la educación.

En el mundo laboral del sector sanitario se dan una serie de riesgos generales, los cuales pueden asociarse a otros sectores laborales y todo lugar de trabajo, y por otro lado, un conjunto de riesgos específicos, derivados de las particularidades de este sector, tales como equipos específicos, instalaciones, distintas actividades.

2 Objetivos

Enumerar y definir los distintos riesgos laborales, así como las medidas de prevención a adoptar en el entorno laboral sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Durante los últimos tiempos el conjunto de trabajadores de la sanidad se ha convertido en un complejo sector, al que se le exigen resultados cada vez más efectivos y duraderos, incluyéndose en dicho sector los trabajadores que prestan sus servicios en centros sanitarios, industria farmacéutica, laboratorios del sector sanitario y centros de investigación.

El adecuado planteamiento en materia de prevención en el personal que presta sus servicios en instituciones sanitarias no solo consigue consecuencias notablemente positivas en el propio personas, sino también puede disminuir los riesgos propios del medio sanitario que puedan sufrir los pacientes.

Los trabajadores del sector sanitario se enfrentan a una serie de riesgos generales compartidos con otros muchos sectores y relacionados con múltiples actividades, entre los que cabe destacar el estrés, el trabajo a turnos, el ruido, la climatización, riesgos posturales, etc. Pero además de estos riesgos genéricos, existen numerosos riesgos que son específicos, y que vienen derivados de las particulares condiciones del trabajo que se presta en el mundo sanitario. En estos últimos cabe destacar las radiaciones, agentes biológicos o los riesgos derivados de

la utilización de sustancias químicas. En definitiva, el personal de instituciones sanitarias está expuesto a un conjunto de riesgo que varía dependiendo de la actividad laboral que el mismo realice, existiendo un conjunto de estos que serán comunes a todos y otro conjunto que dependerá de la actividad laboral concreta de cada caso.

Entre los principales riesgos laborales en sanidad cabe destacar:

1. Riesgos de seguridad, entre los cuales cabe destacar riesgo de atrapamiento, riesgo eléctrico, riesgo de incendio o explosión, riesgos de caída tanto de personas como de objetos.

Para prevenir este tipo de riesgos deben adoptarse medidas tales como mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado, no sobrecargando estanterías o armarios y asegurarse siempre de mantener cerrados cajones y mobiliario, manteniendo siempre un espacio de trabajo libre y sin obstáculos, el uso de calzado adecuado.

2. Riesgos higiénicos, denominados así aquellos derivados de la exposición de agentes contaminantes en el ambiente de trabajo, acentuados por el uso o manipulación de diversas sustancias químicas, gases, agentes biológicos, radiaciones, sin adoptar las adecuadas medidas de prevención.

3. Riesgos psicosociales, que serán debidos principalmente a las exigencias y presión a la que el trabajador estaría expuesto en su ámbito de trabajo unido, entre otras causas, a una mala planificación de tareas o la carga de trabajo y la toma de decisiones, donde cabe enumerar el estrés, el síndrome de burnout, acoso, violencia tanto física como psicológica.

Como medida preventiva para este tipo de riesgos destacaremos evitar la monotonía y repetitividad de las labores realizadas, alternando cada cierto tiempo la tarea a realizar, o hacer las pausas necesarias entre tareas,

4. Riesgos ergonómicos, asociados a los movimientos y posturas que el trabajador adopta tanto en la manipulación de cargas como de pacientes, movimientos bruscos o repetitivos, así como determinadas posturas forzadas.

Como medidas preventivas podemos adoptar, entre otras, la de mantener el entorno de trabajo en las condiciones óptimas de iluminación, accesibilidad, con la adecuada climatización o ruido, así como intentar mantener una buena higiene postural, respetar los periodos de descanso.

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada formación específica y constante, tanto teórica como práctica, resulta fundamental para prevenir y mitigar los riesgos de todo entorno laboral. La gran complejidad y los diversos perfiles laborales que se desarrollan en el sector sanitario genera una amplia variedad de riesgos para la salud del personal de estas instituciones, riesgos que variaran extraordinariamente dependiendo del lugar y puesto de trabajo que se desempeñe. Para poder paliar todo este conjunto de riesgos han de exigirse el cumplimiento de diversas obligaciones, tanto por parte del empresario como del propio trabajador, adoptando las necesarias medidas preventivas que consigan mitigar la posibilidad de que un trabajador sufra un daño derivado del trabajo y que afecte a su equilibrio físico, mental o social.

6 Bibliografía

1. Manual básico de Prevención de Riesgos Laborales SANIDAD, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/4008401/manual+sanidad_es.pdf/4039b10a-5487-2220-1b48-7796317ab4b2?t=1663834223739.
2. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte ISBN 978 92 4 350024 9 Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en: https://www.fremap.es/pdf/prevencion/doculink/OMS%20evelyn_hwp_spanish.pdf.
3. Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/servicios/prevencion-riesgos-laborales/articulos/prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario>.
4. Mario Fernández Álvarez, M., Olarte Martínez, Carlos Mario, Gómez Vicente, Blanca. La importancia de la prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-la-prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-ambito-sanitario/>.
5. Escudero Rodríguez, Ricardo, Legislación y prevención de riesgos laborales en el sector sanitario; Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI VOL. - 2 Núm. - 4 Pág., 557 a 572, octubre 2004 Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-legislacion-prevencion-riesgos-laborales-el-13070122>.
6. MARROQUI LOPEZ-CLAVERO, Carmen; SOLANO HERRERA, Isabel y RIESCO GARCIA, M^a Isabel. Adecuación de puesto de trabajo en el ámbito sanitario. Med. segur. trab. [online]. 2007, vol.53, n.206, pp.1-7.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000100002&lng=es&nrm=iso>.
ISSN 1989-7790.

Capítulo 750

LOS BENEFICIOS DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y DEL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO COMPETENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

La administración eficiente es esencial en cualquier institución, y los hospitales no son una excepción. La complejidad de los sistemas de atención médica, las regulaciones gubernamentales y la necesidad de proporcionar cuidado de alta calidad hacen que la administración sea crucial. Los hospitales son un entramado complejo, donde la sincronización entre diferentes departamentos y la optimización de recursos son vitales. En este contexto, los auxiliares administrativos competentes emergen como verdaderos pilares de apoyo. Su labor abarca desde el registro de pacientes y la facturación, hasta la coordinación entre profesionales de la salud. En este trabajo, desglosaremos los múltiples beneficios que estos profesionales aportan al ámbito hospitalario, desde la mejora de la eficiencia operativa hasta la promoción de una experiencia positiva para los pacientes y el personal médico. La labor de los auxiliares administrativos es esencial y vital para garantizar que los hospitales cumplan sus objetivos de proporcionar atención médica de calidad y satisfacer las necesidades de los pacientes.

Los auxiliares administrativos han de contar con todos los recursos materiales suficientes para el desempeño de su labor, como pueden ser equipos informáticos, material de oficina, etc.

El centro hospitalario ofrecerá a sus trabajadores una formación continua específica a su puesto de trabajo.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es dar a conocer los beneficios que ofrece un auxiliar administrativo, responsable, empático y lo suficientemente formado para dar la mejor atención dentro de una institución sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha extraído información de la bibliografía existente, referente al tema a tratar. También se han consultado datos, extrayendo los de mayor relevancia y desechando el resto, de varias páginas y blogs, en los diferentes buscadores de internet, ofrecidos por la web.

4 Resultados

Un auxiliar administrativo competente desempeña un papel crucial en la mejora de la calidad de la atención médica en las consultas externas hospitalarias. A continuación, se detallan algunos de los beneficios de contar con personal administrativo capacitado:

1. Eficiencia operativa: La gestión eficiente de la programación de citas y la documentación médica reduce los tiempos de espera y mejora la utilización de los recursos del hospital.
2. Satisfacción del paciente: Una atención al cliente amigable y una comunicación efectiva contribuyen a una experiencia positiva para el paciente, lo que aumenta la satisfacción y la confianza en el hospital.
3. Exactitud de la Documentación: La precisión en la documentación médica es esencial para garantizar un tratamiento adecuado y seguro, evitando errores y omisiones.
4. Mejora de la Productividad: La coordinación eficaz de recursos y citas médicas aumenta la productividad general del hospital, lo que beneficia tanto a pacientes como a profesionales de la salud.

5. Reducción de Estrés: Un personal administrativo competente puede reducir el estrés tanto para los pacientes como para el personal médico al garantizar una atención fluida y bien organizada.

6. Cumplimiento Normativo, evitar sanciones: En el campo de la atención médica, el cumplimiento normativo es de suma importancia. Los auxiliares administrativos deben estar al tanto de las regulaciones y políticas de privacidad de la salud, así como de los estándares de seguridad de datos. Asegurarse de que el hospital cumpla con todas las normativas es vital para evitar problemas legales y proteger la privacidad de los pacientes.

Por otra parte, para ser un auxiliar administrativo eficaz en el ámbito hospitalario, se requiere una combinación de habilidades técnicas y personales. La formación en administración de la salud, la gestión de registros médicos y conocimiento de software especializado es esencial. Además, las habilidades interpersonales, como la empatía, la comunicación efectiva y la resolución de conflictos, son igualmente importantes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario es fundamental para el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención médica. Estos profesionales desempeñan un papel central en la recepción y registro de pacientes, la coordinación de citas, la gestión de la documentación médica, la atención al paciente y la gestión de recursos.

Un auxiliar administrativo competente puede mejorar la eficiencia operativa, aumentar la satisfacción del paciente, garantizar la precisión de la documentación médica y mantener el cumplimiento normativo.

Es importante reconocer y valorar la contribución de estos profesionales a la atención médica y brindarles el apoyo, y la formación necesaria para desempeñar su papel de manera efectiva. Su trabajo no solo facilita el funcionamiento del hospital, sino que también tiene un impacto directo en la experiencia de los pacientes y en la calidad general de la atención médica.

6 Bibliografía

- La gestión administrativa: la importancia de los auxiliares (infonews.com)
- Editorial MAD
- Habilidades de un asistente administrativo: aprende y sé el mejor (aicad.es)

Capítulo 751

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO, ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL ESTRÉS Y EL BURNOUT

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

1 Introducción

La industria de la salud es un campo altamente gratificante, pero también es conocido por su intensidad y demanda constante. Los profesionales de la salud, incluidos los auxiliares administrativos, a menudo enfrentan una carga de trabajo abrumadora, decisiones cruciales y situaciones emocionalmente desafiantes. Como resultado, es esencial comprender y aplicar estrategias efectivas de manejo del estrés y el burnout para preservar la salud mental en un entorno tan exigente. El estrés y el burnout son problemas de salud mental prevalentes en el ámbito de la salud. El estrés es una respuesta natural del cuerpo a situaciones de presión, mientras que el burnout, o también llamado síndrome del trabajador quemado o síndrome de desgaste laboral, es un estado de agotamiento físico y emocional debido a una exposición prolongada al estrés laboral.

Es importante e imprescindible abordar la cuestión del estrés y burnout en los auxiliares administrativos. En el marco de este trabajo, examinaremos una variedad de métodos y recursos que pueden asistir a los auxiliares administrativos a lidiar con la constante presión que experimentan en su entorno laboral diario.

A continuación, exploraremos estrategias efectivas para enfrentar estos desafíos y mantener una salud mental adecuada en el campo de la atención médica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es abordar las estrategias de manejo del estrés y el síndrome del trabajador quemado, para los auxiliares administrativos, dentro del hospital, para evitar daños en su salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha tenido en cuenta la información obtenida a través de una minuciosa búsqueda en artículos de internet, así como en varios blogs. Además, se han extraído datos de la bibliografía existente referente al tema mencionado.

4 Resultados

A continuación se muestran algunas estrategias a seguir por los auxiliares administrativos:

- * Reconocer los signos tempranos: El primer paso para combatir el estrés y el burnout es reconocer los signos tempranos. Estos pueden incluir fatiga constante, falta de concentración, irritabilidad, insomnio y un aumento en el consumo de cafeína o alcohol. Deben estar atentos a estos indicadores y tomar medidas tan pronto como los noten.
- * Establecer límites claros: Los auxiliares administrativos deben respetar sus horarios y tomarse tiempo para relajarse y recargar energías fuera del trabajo. Es esencial establecer límites claros entre el trabajo y la vida personal.
- * Practicar la autorreflexión: Es una herramienta poderosa para identificar las fuentes de estrés y burnout. Tomarse un tiempo para evaluar regularmente cómo te sientes en tu trabajo y qué aspectos te afectan más, puede ayudarte a tomar decisiones informadas sobre cómo abordar esos problemas.
- * Fomentar el apoyo social: Pueden buscar el respaldo de amigos y familiares para compartir sus preocupaciones y emociones.
- * Aprender técnicas de relajación: Practicar técnicas de relajación como la meditación, la respiración profunda o el yoga puede ser de gran ayuda para reducir el

estrés y mejorar la salud mental. Estas prácticas promueven la calma y la claridad mental.

* Hacer ejercicio regularmente. El ejercicio regular beneficia al cuerpo y a la mente. La actividad física libera endorfinas, generando sensación de bienestar.

* Mantener una dieta equilibrada: Consumir una variedad de alimentos ricos en nutrientes proporciona la energía necesaria para enfrentar el estrés y mantener un estado de ánimo estable.

* Establecer metas realistas: Evita poner expectativas demasiado altas, reconoce tus limitaciones y busca equilibrio entre el trabajo y la vida.

* Buscar apoyo profesional: Los terapeutas o consejeros pueden proporcionar orientación y herramientas adicionales para gestionar el estrés y recuperarse del burnout.

* Promover un ambiente de trabajo saludable: Es esencial para la prevención del burnout, contribuyendo así al bienestar general del entorno sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el estrés y el burnout son desafíos comunes en el entorno sanitario exigente, pero existen estrategias efectivas para abordarlos y mantener una salud mental adecuada. Los auxiliares administrativos, al reconocer los signos tempranos, practicar la autorreflexión, fomentar el apoyo social, hacer ejercicio regularmente, mantener una dieta equilibrada, establecer metas realistas, buscar apoyo profesional y promover un ambiente de trabajo saludable; entre otras prácticas, pueden preservar su bienestar emocional y seguir brindando un servicio esencial en el campo de la salud. La atención a la salud mental es fundamental, no solo para el trabajador, sino también para la calidad del cuidado que se proporciona a los pacientes.

6 Bibliografía

- Burnout: problema de salud pública (redaccionmedica.com)
- Síndrome de Burnout en el personal sanitario - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com (revista-portalesmedicos.com)
- Editorial MAD
- Dialnet-EstrategiasParaDisminuirElSindromeDeBurnoutEnPerso-7823429.pdf

Capítulo 752

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ESPACIO DESTINADO AL ALMACÉN HOSPITALARIO

SARAY RODRÍGUEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

1 Introducción

Un almacén hospitalario es una parte esencial de cualquier institución médica, ya que cumple un papel fundamental en la gestión eficiente de suministros médicos y productos necesarios para la atención de pacientes. Este tipo de almacén se diferencia de otros por su enfoque en la seguridad, la precisión y la disponibilidad constante de productos críticos para la salud.

En un almacén hospitalario, se almacenan diversos elementos, como medicamentos, dispositivos médicos, material quirúrgico, equipos de protección personal, ropa de cama, alimentos y otros suministros esenciales. La organización y control de inventario son cruciales para garantizar que los productos estén siempre

disponibles cuando se necesiten, lo que contribuye a la atención oportuna y segura de los pacientes.

La gestión de un almacén hospitalario involucra la recepción de entregas, el etiquetado y almacenamiento adecuado de productos, el seguimiento de las fechas de caducidad, el control de calidad y la distribución eficiente a las áreas clínicas correspondientes. Además, la seguridad y el cumplimiento de normativas sanitarias son aspectos críticos para prevenir errores y garantizar la integridad de los productos almacenados.

Un almacén hospitalario es una infraestructura vital en el entorno médico que juega un papel fundamental en la provisión de atención de calidad a los pacientes, asegurando la disponibilidad y la integridad de los suministros médicos esenciales. Su correcta gestión es esencial para mantener la seguridad y eficiencia en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en la operación de un almacén hospitalario, contribuyendo a la gestión eficiente de suministros médicos y al mantenimiento de un entorno de trabajo seguro. Sus funciones son variadas y esenciales para el funcionamiento efectivo del almacén.

En primer lugar, el celador es responsable de recibir y registrar las entregas de suministros médicos. Esto implica verificar la cantidad y calidad de los productos

entregados, así como asegurarse de que se correspondan con los pedidos realizados. La precisión en este proceso es esencial para evitar errores en la distribución posterior.

Además, el celador se encarga de etiquetar y almacenar adecuadamente los suministros en el almacén. Esto incluye clasificar los productos por tipo y fecha de vencimiento para garantizar que los elementos más antiguos se utilicen primero, evitando el desperdicio.

La distribución de suministros a las áreas clínicas es otra función importante. El celador debe conocer los protocolos y las necesidades de cada unidad para entregar los productos de manera oportuna, asegurando que el personal médico tenga acceso a lo que requiere para brindar atención de calidad a los pacientes.

La seguridad en el almacén es una preocupación constante. El celador debe mantener el orden y la limpieza, asegurando que los pasillos y las áreas de almacenamiento estén libres de obstáculos y que los productos estén almacenados de manera segura para prevenir accidentes.

El celador en el almacén hospitalario tiene un rol multifacético que puede abarcar desde la recepción y almacenamiento de suministros hasta su distribución a las áreas clínicas. Su trabajo es esencial para garantizar que los productos estén disponibles de manera segura y oportuna, contribuyendo así a la atención médica de calidad en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del almacén hospitalario, el celador debe seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la organización es esencial. Mantener un registro detallado de los suministros, etiquetarlos claramente y clasificarlos por tipo y fecha de vencimiento garantiza una gestión eficiente.

La comunicación con el personal médico y de enfermería es fundamental. Escuchar sus necesidades y estar atento a las solicitudes asegura que los productos lleguen a donde se necesitan de manera oportuna. Además, es importante mantener un registro de las entregas y distribuciones para un seguimiento preciso.

La seguridad es una prioridad. Mantener los pasillos libres de obstáculos y asegurar que los productos estén almacenados de manera segura reduce el riesgo de accidentes. Además, el celador debe seguir estrictamente los protocolos de

higiene y control de infecciones para mantener un entorno limpio y seguro.

La organización, la comunicación y la seguridad son esenciales para un buen funcionamiento del almacén hospitalario, y el celador desempeña un papel crucial en mantener estos principios.

6 Bibliografía

Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

Capítulo 753

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ALMACÉN DE SUMINISTROS DE SUEROS EN EL HOSPITAL

SARAY RODRÍGUEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

1 Introducción

El almacén de sueros en un entorno hospitalario es una parte crítica de la infraestructura de atención médica. Su función principal es el almacenamiento adecuado y la gestión de sueros y soluciones intravenosas utilizados en el tratamiento de pacientes. A continuación, se detallan las funciones y características esenciales de un almacén de sueros hospitalario:

Almacenamiento adecuado: El almacén debe mantener una temperatura y humedad controladas para preservar la integridad de los sueros y evitar su deterioro.

Control de inventario: El personal del almacén debe llevar un registro preciso de las existencias de sueros, incluyendo las fechas de vencimiento, para garantizar que siempre estén disponibles productos seguros y efectivos.

Rotación de stock: Los sueros deben organizarse de acuerdo con la fecha de vencimiento, utilizando primero los productos más antiguos para evitar desperdicios.

Etiquetado claro: Cada suero debe estar claramente etiquetado con su nombre, concentración y fecha de vencimiento para una identificación rápida y precisa.

Seguridad: El acceso al almacén debe estar restringido al personal autorizado para evitar robos, uso indebido o contaminación de los productos.

Cumplimiento normativo: El almacén debe cumplir con todas las regulaciones y estándares de calidad y seguridad relacionados con productos médicos.

Distribución eficiente: El personal del almacén debe colaborar estrechamente con el personal de enfermería para entregar los sueros a las áreas clínicas cuando se necesiten.

Un almacén de sueros hospitalario es fundamental para garantizar que los sueros y soluciones intravenosas estén disponibles de manera segura y eficiente, contribuyendo así a la atención médica de calidad en el hospital.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel esencial en el almacén de sueros hospitalarios, contribuyendo significativamente a la gestión y distribución efectiva de estos productos críticos para la atención médica. Sus funciones abarcan una variedad de tareas clave para garantizar que los sueros se almacenen, manejen y entreguen de manera segura y eficiente.

Recepción de entregas: El celador es responsable de recibir las entregas de sueros y soluciones intravenosas, verificando que los productos sean exactos en cantidad y calidad. Esto incluye comprobar que los productos estén debidamente etiquetados y que las fechas de vencimiento sean adecuadas.

Almacenamiento adecuado: Una función crucial es asegurarse de que los sueros se almacenen en condiciones óptimas. Esto implica mantener la temperatura y la humedad adecuadas, así como garantizar que los productos estén organizados y clasificados por tipo y fecha de vencimiento. La rotación de inventario también es esencial para usar primero los sueros más antiguos y evitar el desperdicio.

Control de inventario: El celador lleva un registro preciso del inventario de sueros, actualizando la información sobre la cantidad y el estado de los productos. Esto permite una gestión eficiente y evita la escasez o el exceso de suministros.

Etiquetado y empaquetado: Los sueros deben estar claramente etiquetados con información esencial, como el nombre, la concentración y la fecha de vencimiento. El celador se encarga de verificar que el etiquetado sea correcto y de mantener los productos en envases adecuados para su almacenamiento seguro.

Distribución a áreas clínicas: El celador colabora estrechamente con el personal de enfermería y médicos para entregar los sueros a las áreas clínicas cuando se necesiten. Esto implica tener un conocimiento sólido de las necesidades de cada unidad y asegurarse de que los sueros lleguen de manera oportuna.

Mantenimiento de la seguridad: El celador debe garantizar la seguridad en el almacén, manteniendo pasillos despejados y asegurando que los productos estén almacenados de manera segura para prevenir accidentes. También debe cumplir con los protocolos de higiene y control de infecciones para mantener un ambiente limpio y seguro.

En conclusión, el celador desempeña un papel integral en el almacén de sueros hospitalarios, asegurando que estos productos esenciales estén disponibles de

manera segura y oportuna. Su trabajo contribuye directamente a la atención médica de calidad al garantizar el suministro y la gestión adecuados de sueros y soluciones intravenosas.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento del almacén de sueros hospitalarios, el celador puede seguir estas recomendaciones clave:

Organización: Mantener una organización meticulosa del inventario de sueros, clasificando por tipo y fecha de vencimiento, facilitará la gestión eficiente y la distribución oportuna.

Registro preciso: Llevar un registro detallado de las existencias de sueros y actualizaciones regulares del inventario es esencial para evitar la escasez o el exceso de suministros.

Etiquetado claro: Asegurarse de que todos los sueros estén claramente etiquetados con información esencial, como nombre y fecha de vencimiento, ayuda a identificar rápidamente los productos.

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación fluida con el personal de enfermería y médicos para entender sus necesidades y horarios de entrega contribuye a una distribución oportuna.

Seguridad: Mantener pasillos despejados y garantizar que los sueros estén almacenados de manera segura reduce el riesgo de accidentes y pérdidas.

Cumplimiento normativo: Asegurarse de que el almacén cumpla con todas las regulaciones y estándares de calidad y seguridad relacionados con productos médicos es fundamental.

Estas recomendaciones promoverán un ambiente eficiente y seguro en el almacén de sueros hospitalarios, asegurando que los productos estén disponibles cuando se necesiten para brindar una atención médica de calidad.

6 Bibliografía

Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

Capítulo 754

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ÁREA DE HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA

SARAY RODRÍGUEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

1 Introducción

Un hospital de día oncológico es una instalación médica especializada diseñada para brindar tratamiento a pacientes con cáncer de manera ambulatoria durante el día, sin requerir hospitalización prolongada. Su enfoque principal es ofrecer terapias médicas y apoyo integral a personas que luchan contra el cáncer, permitiéndoles recibir atención médica de alta calidad mientras continúan con su vida diaria fuera del hospital.

Las funciones principales de un hospital de día oncológico incluyen la administración de tratamientos como quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y terapias dirigidas. Estos tratamientos son esenciales para controlar y combatir el cáncer, y la atención ambulatoria permite a los pacientes recibirlos sin la necesidad de una hospitalización prolongada.

Además de la administración de tratamientos, un hospital de día oncológico también ofrece servicios de apoyo integral. Esto puede incluir atención médica de seguimiento, evaluación de efectos secundarios, servicios de enfermería, asesoramiento psicológico y apoyo nutricional. Estos servicios se brindan para garantizar que los pacientes tengan una experiencia lo más cómoda y efectiva posible durante su tratamiento.

Un hospital de día oncológico es un recurso valioso en la lucha contra el cáncer, ya que permite a los pacientes recibir tratamientos esenciales de manera ambulatoria mientras se benefician de un enfoque integral que aborda tanto los aspectos médicos como emocionales de su atención. Esto no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también contribuye a mejores resultados en su batalla contra el cáncer.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en el funcionamiento del hospital de día oncológico, donde se brinda atención ambulatoria a pacientes con cáncer. Sus funciones son variadas y esenciales para garantizar que los pacientes reciban tratamiento y apoyo de manera eficiente y segura.

Recepción y orientación: El celador da la bienvenida a los pacientes y los orienta sobre el proceso de registro y admisión en el hospital de día oncológico. Ayuda a crear un ambiente acogedor y tranquilizador para los pacientes, que a menudo están lidiando con situaciones emocionalmente desafiantes.

Acompañamiento: Acompaña a los pacientes a las áreas de tratamiento, asegurando que lleguen de manera oportuna a sus citas y estén cómodos mientras esperan su atención. Brinda apoyo emocional y escucha activamente las preocupaciones de los pacientes.

Limpieza y mantenimiento: Contribuye a mantener un ambiente limpio y ordenado en el hospital de día, lo que es fundamental para prevenir la propagación de infecciones y proporcionar un entorno seguro para los pacientes inmunocomprometidos.

Asistencia durante el tratamiento: Ayuda a preparar y posiblemente a administrar tratamientos como quimioterapia o terapia dirigida bajo la supervisión del personal médico y de enfermería. Se asegura de que los pacientes estén cómodos y de que los procedimientos se realicen de manera segura.

Movilización de pacientes: Ayuda a los pacientes con movilidad reducida a desplazarse dentro del hospital de día, facilitando su traslado desde las áreas de tratamiento hasta las áreas de espera o descanso.

Colaboración con el personal de salud: Trabaja en estrecha colaboración con enfermeras y médicos para garantizar una atención integral y oportuna. Puede ayudar con la logística de los tratamientos y la distribución de medicamentos según las indicaciones del personal médico.

Seguridad: Es responsable de mantener la seguridad en el hospital de día, incluyendo la identificación de riesgos potenciales y la prevención de incidentes. También puede asistir en situaciones de emergencia.

Apoyo logístico: Realiza tareas de transporte interno de suministros médicos, muestras de laboratorio y documentos, asegurando que los elementos necesarios estén disponibles para el personal médico y de enfermería.

El celador en el hospital de día oncológico desempeña un papel crucial en brindar apoyo, comodidad y seguridad a los pacientes con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Su trabajo contribuye a crear un ambiente propicio para la atención médica de calidad y el bienestar de los pacientes durante un momento difícil en sus vidas.

5 Discusión-Conclusión

El celador en un hospital de día oncológico desempeña un papel crucial en el apoyo y cuidado de los pacientes. Mi principal recomendación es que mantengas un enfoque centrado en el paciente. Escucha activamente sus preocupaciones y necesidades, mostrando empatía y comprensión. Para muchos pacientes, enfrentar el cáncer es un proceso emocionalmente desafiante, y tu apoyo puede marcar la diferencia en su experiencia. Además, mantén una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería para garantizar una atención coordinada y segura. La colaboración en equipo es esencial para brindar un entorno de atención integral y de alta calidad.

Por otro lado, prioriza la seguridad de los pacientes en todo momento. Asegúrate de que estén cómodos y seguros durante los procedimientos y tratamientos. Estar alerta a cualquier señal de malestar o necesidad adicional es esencial para proporcionar una atención de calidad en un entorno hospitalario. En resumen, tu enfoque en el paciente y su seguridad son clave para desempeñar un papel efectivo como celador en un hospital de día oncológico.

6 Bibliografía

Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

Capítulo 755

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARIA DE PEDIATRIA DE UN HOSPITAL

ALMUDENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El servicio de pediatría ofrece la posibilidad de trabajar con los pacientes desde sus primeros días de vida y brindarles la mejor atención para que se sientan seguros y sin miedos durante su hospitalización y entiendan que el personal que les atiende en el hospital solo quiere ayudarles y prestarles toda la atención necesaria para que su estado de salud sea óptimo.

Este área del hospital es fundamental para la promoción de la salud de los niños contando con especialistas, los cuales llevan a cabo las labores oportunas dependiendo de la patología o diagnóstico de cada uno de los pacientes atendidos en el servicio para así contribuir a su desarrollo adecuado y a su mejoría o detención de enfermedades presentes o futuras. Para ello se llevan a cabo todo tipo de pruebas y test desde la edad temprana para la detección de enfermedades y para su correcta actuación.

El papel del auxiliar administrativo en pediatría hospitalaria es muy importante, ya que se encarga de que toda la documentación referida al paciente (desde que ingresa hasta que recibe el alta hospitalaria y puede irse a casa) esté ordenada

y cumplimentada correctamente, esta documentación suele ser: informes, peticiones, pruebas complementarias, actualización de datos personales, etc

En este capítulo se desarrollarán más detalladamente las funciones del auxiliar administrativo y su puesta en práctica.

2 Objetivos

- Indicar los comportamientos de los profesionales frente a los pacientes.
- Exponer las funciones realizadas por el personal auxiliar administrativo para la correcta gestión de la documentación del paciente.
- Recaltar la importancia de la secretaría de pediatría en los hospitales.

3 Metodología

Para la correcta redacción de este capítulo se ha aplicado la experiencia profesional en la mencionada categoría y en dicha área hospitalaria, aportando todos los conocimientos obtenidos durante las labores del servicio.

Además, para completarlo también se han consultado libros tales como "Lucía, mi pediatra" así como artículos de leyes relacionadas con las funciones desempeñadas, tales como la Ley 39/2015 del 1 Octubre del procedimiento administrativo común en las administraciones públicas y la Ley 41/2002 del 14 Noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4 Resultados

Para que los pacientes se sientan bien cuidados y seguros de su hospitalización es necesario que el personal tanto sanitario como de gestión y servicios lleven a la práctica el comportamiento fiel que el paciente tiene derecho a recibir, teniendo en cuenta que en este área los pacientes son de corta edad y hay que adaptarse a sus capacidades.

En este comportamiento cabe mencionar las siguientes pautas:

- Ser simpáticos y cariñosos tanto con el niño/a como con sus familiares.
- Brindarles la máxima seguridad para hacerlos sentir en un ambiente confortable y que entiendan que nuestra intención es ayudarles para un bienestar máximo.

- Explicarles de la manera más razonada posible los motivos de su cita o de su hospitalización y pedirles que contribuyan a facilitar el trabajo del personal para poder llevar a cabo la terapia o tratamiento de la mejor manera.

Además, se destaca también la importancia que tiene el auxiliar administrativo en pediatría, pues sus funciones son imprescindibles para facilitar y hacer posible el trabajo en esta área.

Más funciones desempeñadas en esta categoría:

- Preparar y ordenar la documentación referida al paciente, desde que ingresa en nuestra área hasta que recibe el alta o traslado hospitalario. Toda esta documentación debe ser archivada en su historia clínica.
- Controlar los ingresos y las altas así como la disponibilidad de las camas para tener actualizado el mapa de camas en todo momento.
- En el caso que sea necesario, solicitar a sus padres o tutores la información necesaria para llevar a cabo la buena gestión de la documentación.
- Atender las llamadas telefónicas.
- Hacer copia de informes, pruebas, justificantes de asistencia, etc.
- Enviar correo electrónico o fax para peticiones de pruebas o gestiones de traslados a otros hospitales o áreas.
- Los auxiliares administrativos en un hospital son los encargados de gestionar todo lo relacionado con los pacientes, desde las citas hasta la facturación.
- Además de funciones administrativas, también pueden colaborar en tareas de atención al paciente, como proporcionar información sobre la ubicación de las salas o acompañar a los visitantes.
- Por último no podemos olvidar que tienen una gran responsabilidad y deben mantener la confidencialidad de la información médica de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeña un auxiliar administrativo en la secretaría de pediatría son muy importantes, pues como hemos visto anteriormente lleva a cabo un papel importante en el día a día de esta área, desde la atención que se brinda al paciente hasta la preparación y actualización de su historia clínica.

Todo el personal de pediatría contribuye a la buena gestión de la hospitalización de los niños, cada categoría se encarga de hacerlo de la mejor manera de acuerdo con las funciones propias del puesto de trabajo en cuestión y siempre con el mismo fin: Promocionar la salud de los más pequeños.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar administrativo [Internet]. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-auxiliar-administrativo-area-pediatria-hospital>
2. Auxiliar administrativo en un hospital. [Internet]. Disponible en: <https://responde-funcionario-gob.es/funciones-de-un-auxiliar-administrativo-en-un-hospital/>
3. Ley 39/2015 de 1 octubre [Internet]. Disponible en: [shttps://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10565](https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10565)
4. Ley 41/2002 del 14 Noviembre [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
5. Mi experiencia como personal auxiliar administrativo en dicha área.

Capítulo 756

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DEL CELADOR QUE TRABAJA EN LA ZONA DE SUCIO DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID 19

MARIA PILAR ESCOBAR INFANTE

ISABEL MARIA SARRIA ARROYO

1 Introducción

El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud declaró al brote, que el gobierno de la República Popular de China, empezó a notificar casos en la ciudad de Wuhan de una serie de extraños casos de neumonía de origen desconocido a finales de diciembre del 2019. Tras analizar al patógeno que causaba dicha neumonía se apreció similitud con el SARS-CoV, por lo que pasó a llamarse SARSCoV 2, provocando la enfermedad conocida como covid 19, como una emergencia de interés público. A partir del 11 de marzo este mismo organismo declaró la pandemia mundial que actualmente estamos sufriendo a causa del COVID 19. El Covid 19 se puede transmitir a través de las gotas respiratorias que proceden de la nariz o la boca que salen despedidas de la persona infectada por el virus a través de las gotículas que salen de los estornudos o los tosidos. Últimamente también se ha demostrado que se puede contagiar a través de los aerosoles. El celador que trabaja en la zona de sucio del hospital en estos momentos de pan-

demia debe extremar las precauciones y debe tener en cuenta unas medidas de protección individual, y el buen manejo de los equipos de protección individual.

2 Objetivos

Mostrar qué tipos de equipos de protección individual y medidas de higiene tiene que utilizar y conocer el celador que realice sus labores en la planta de enfermos de Covid 19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los celadores que trabajan en una planta Covid de un hospital, ayudando con movilizaciones, traslados, con enfermos infectados con el SARS CoV2. Deben utilizar unos equipos de protección individual para evitar los contagios, que a continuación vamos a detallar:

- Batas desechables impermeables.
- Mascarillas quirúrgicas o FFP2, mayor protección que las FFP2.
- Protección ocular (gafas, pantallas).
- Guantes desechables.
- Gorros desechables quirúrgicos.

Este tipo de equipos se ponen antes de entrar a la zona de aislamiento, una vez finalizado el uso de estos equipos se retiran dentro de la zona de aislamiento, a excepción de las mascarillas que estas se cambiarán fuera. Cada vez que nos retiremos una parte del equipo, deberemos hacernos una correcta higiene de manos, y estos EPI los consideraremos como residuos infecciosos y los tendremos que depositar en un contenedor aparte. Para colocarnos los EPI lo primero que tendremos que hacer es quitarnos todos los complementos que llevemos puestos en ese momento (anillos, pulseras, relojes). El pelo lo tendremos que llevar recogido y entonces nos pondremos el material de la siguiente orden y forma:

- Nos pondremos la bata impermeable cubriendo el torso, desde el cuello hasta la rodilla. También se taparán los brazos, muñecas y la zona de la espalda.
 - Nos ajustaremos la mascarilla cubriendo boca, nariz y tapando hasta el mentón.
 - Nos ajustaremos la pantalla o las gafas, lo que sea de los dos que utilizamos como protección ocular.
 - Nos pondremos los guantes. Nos pondremos doble capa de guantes por si se nos rompe la superior, poder seguir teniendo la protección de la interior.
- Para retirarnos todo el equipo lo haremos por partes, y cada vez que nos quitemos una de las partes del EPI haremos una correcta higiene de manos con gel hidroalcohólico.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador en la zona de sucio durante la pandemia que nos está tocando vivir actualmente, es tan importante como el de los sanitarios, y dado al estrecho contacto que tiene que tener con los pacientes infectados que están ingresados en esas plantas, deben utilizar los Equipos de protección adecuados y saber ponérselos y quitárselos correctamente y llevando siempre un orden, a la vez que deben conocer y seguir a rajatabla todos los protocolos de prevención de riesgos de la unidad para tratar de evitar cualquier contagio, que luego el celador pueda transmitir en el ámbito de su burbuja social familiar.

6 Bibliografía

scielo, pubmed.

Capítulo 757

LESIONES MAS HABITUALES DEL AUXILIAR ADMINSTRATIVO SANITARIO

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

NURIA CARRASCO MURILLO

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

1 Introducción

El personal administrativo sanitario está expuesto a numerosos riesgos laborales que pueden afectar su seguridad personal, integridad física, estado mental y salud en general.

Entre las lesiones más comunes en los auxiliares administrativos sanitarios se encuentran las lesiones musculoesqueléticas, como la tendinitis del manguito de los rotadores, la epicondilitis, el síndrome del túnel carpiano, la lumbalgia y el síndrome cervical por tensión.

El uso excesivo del teclado y del ratón puede causar enfermedades profesionales como el síndrome del túnel carpiano.

También el auxiliar administrativo puede sufrir problemas visuales causados por el uso prolongado y excesivo de pantallas y por trabajar con unas condiciones de luz inadecuadas

Además, el personal sanitario en general, incluyendo a los auxiliares administrativos, puede sufrir lesiones musculoesqueléticas por esfuerzo y sobreesfuerzo debido a la repetición de actividades físicas durante un período prolongado, especialmente aquellos que levantan y trasladan a los pacientes.

También pueden sufrir cervicalgia, que cursa con dolor, déficit de la movilidad del cuello y puede ir asociado a cefaleas, mareos, vértigos, dolor irradiado a los brazos.

Estas lesiones pueden ser causadas por la repetición de actividades físicas durante un periodo prolongado.

Es importante que los auxiliares administrativos sanitarios adopten posturas adecuadas para evitar posturas forzadas que puedan causar lesiones para ello se les debe brindar capacitación e información.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es identificar los factores de riesgo que causan las lesiones en el auxiliar administrativo sanitario y la prevención de estas.

3 Metodología

Para realizar este estudio nos hemos basado en la revisión de la literatura existente sobre las lesiones del auxiliar administrativo sanitario en su puesto de trabajo. Para ello analizaremos casos prácticos y se utilizará toda la información científica que sea necesaria sobre las lesiones más habituales en este ámbito.

4 Resultados

Las lesiones musculoesqueléticas son daños o alteraciones en los músculos, tendones, ligamentos, nervios, vasos sanguíneos, huesos o articulaciones del cuerpo. Estas lesiones pueden ser causadas por traumatismos, posturas incómodas o sostenidas, movimientos repetitivos, entre otros factores. Los trastornos musculoesqueléticos comprenden más de 150 trastornos que afectan el sistema locomotor, desde trastornos repentinos y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, a enfermedades crónicas que causan limitaciones de las capacidades funcionales e incapacidad permanente.

Para evitar las lesiones músculo esqueléticas que son las lesiones mas comunes que se dan en el auxiliar administrativo sanitario hay que identificar los princi-

pales factores de riesgo y tomar medidas preventivas necesarias en el lugar de trabajo:

- Evitar las posturas forzadas o la ausencia de alternancia postural.
- La realización de fuerzas innecesarias.
- No realizar movimientos repetitivos.
- Los tiempos de descansos insuficientes.

Las lesiones musculoesqueléticas pueden deberse al desbordamiento de tareas en el trabajo o incluso acelerar el ritmo para poder llegar a los resultados que nos exigen, generando todo esto un estrés y una tensión muscular que puede derivar dichas lesiones o contracturas

Para prevenir las lesiones en el puesto de trabajo del auxiliar administrativo sanitarios se pueden seguir las siguientes recomendaciones:

- Adoptar posturas adecuadas y ergonómicas para evitar posturas forzadas que puedan causar lesiones.
- Realizar pausas activas para estirar y relajar los músculos.
- Evitar movimientos repetitivos y manipulación de cargas pesadas.
- Levantar y mover cargas correctamente para evitar lesiones y dolores de espalda.
- Utilizar equipos de protección personal adecuados y adaptados al puesto de trabajo.
- Mantener una buena higiene postural y evitar permanecer sentado durante largos periodos de tiempo.
- Realizar ejercicios de fortalecimiento muscular y estiramientos para prevenir las lesiones musculoesqueléticas.
- Participar en programas de capacitación y formación en prevención de riesgos laborales.

Es importante que los auxiliares administrativos sanitarios tomen medidas preventivas para evitar lesiones en el trabajo y mantener su salud y bienestar en el ámbito laboral.

5 Discusión-Conclusión

Se considera que para la prevención de estas lesiones mas comunes que tiene el auxiliar administrativo sanitario será necesario prestar atención a tres factores:

- Trabajo.
- Trabajador.
- Lugar de trabajo.

Las medidas de prevención pasan por evitar posturas estáticas, movimientos repetitivos y utilizar un equipo ergonómico adecuado y adaptado a nuestro

puesto de trabajo.

El tratamiento de estas lesiones podría implicar reducción, inmovilización y rehabilitación con el objetivo de que la persona afectada vuelva a sus actividades normales y en este caso a su puesto de trabajo lo antes posible.

En general el sector administrativo no se caracteriza por un alto riesgo, siendo la mayoría de los accidentes y lesiones en el lugar de trabajo y de carácter leve.

6 Bibliografía

Revista Ocronos. Vol. III N° 5- septiembre 2020. Autor principal: Maria Belen Blanco Fernandez. www.quironprevencion.com/blofs/es/prevenidos/cinco-trastornos-musculoesqueleticos-comunes

Organización Mundial de la Salud (trastornos musculoesqueléticos)

Capítulo 758

EL CELADOR EN DISTINTOS SERVICIOS SANITARIOS

ISABEL MARIA SARRIA ARROYO

MARIA PILAR ESCOBAR INFANTE

1 Introducción

Los celadores son trabajadores que se engloban dentro de personal no sanitario, eso quiere decir que no están dentro del grupo de personal médico ni de personal sanitario no facultativo. Dentro de este grupo lo encontramos en el grupo de personal subalterno. Es uno de los colectivos que tiene sus funciones muy exactamente descritas de entre todo el personal que trabaja en los centros sanitarios. Como resultado se puede decir que el celador tiene una gran multitud de tareas que realizar en cualquier centro sanitario. Estas funciones varían dependiendo del lugar o área en el que se encuentre trabajando y debe estar preparado para asumir funciones de otras áreas del centro sanitario si así se lo encomienda su superior. Es muy importante que los celadores conozcan a los pacientes y su relación con los familiares para así facilitar el trato y darles la información que necesiten dentro del ámbito de trabajo del celador. Los celadores deben adaptarse a la personalidad del paciente con quien deben tratar para explicarles las cosas y que ellos las entiendan y darle la información de una manera clara. Así mismo deben tener paciencia y ser amables con los pacientes y sus familias. Entre las distintas funciones del celador dependiendo del área del centro sanitario está la de vigilar la puerta principal, el celador de planta, de radiodiagnóstico, etc.

2 Objetivos

Explicar brevemente las funciones del celador en algunos servicios imprescindibles para comprender el trabajo que realizan y su importancia dentro del centro sanitario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con la búsqueda de la información que se ha realizado a través de páginas web sobre Sanidad y artículos de revistas sobre medicina, también se ha realizado una búsqueda en bases de datos como Pubmed o Scielo entre otras. Siempre con la utilización de palabras clave como celador, centro sanitario, etc.

4 Resultados

En general las funciones del celador serán aquellas que le encomiende su superior como conducir o llevar documentos o comunicaciones verbales así como trasladar objetos que se requieran. Dependiendo del área asignada también vigilarán que los enfermos no hagan un uso indebido del material o ropa del hospital, vigilarán las entradas y no permitirán entrar a nadie que no esté autorizado y el celador de noche vigilará las dependencias del hospital durante la noche y avisarán a sus superiores si encuentran desperfectos, así mismo trasladarán al enfermo en silla de ruedas o cama cuando sea necesario. El celador de la puerta principal es quien tiene el primer contacto con el paciente y su familia por lo que debe ser amable, extrovertido y tener facilidad de palabra además de comprensión y mucha empatía para con los pacientes y sus familias y debe proporcionarles ayuda e información en la medida de sus posibilidades. Debe estar informado de las consultas para ayudar a los ciudadanos con cualquier duda y no dejará entrar a personas sucias o ebrias. También debe vigilar la salida de los enfermos y vigilar que solo entren paquetes autorizados. En la recepción la función del celador es más bien informativa y de recepción de los avisos telefónicos en los que deberá pedir la suficiente información para decírsela al médico del centro de salud. El celador de planta posee muchas funciones entre ellas la principal es hacerse cargo de los pacientes que acuden a su planta y a los que deberá trasladar en cama, camilla o silla de ruedas al servicio que requieran o a la habitación, una vez en ella deberá ayudar a encamar a los enfermos y ayudarán a las enfermeras a mover a los pacientes en cama y al aseo de los mismos. El celador de la unidad

de vigilancia intensiva (UVI) debe estar bien preparado y conocer la ergonomía porque debe mover pacientes que en muchas ocasiones están inconscientes, ya que los pacientes de la UVI son pacientes graves. Aquí deberá utilizar batas asépticas que renovara cada vez que abandone la sala y debe evitar hacer ruido.

5 Discusión-Conclusión

El celador del centro sanitario se mueve en distintas áreas del centro hospitalario y se debe adaptar al trabajo en cada una de ellas y a unas normas específicas en cada lugar, luego debe conocer la singularidad del trabajo en planta o en la UVI para desarrollarlo eficazmente, así como la ropa o medidas de seguridad que debe acatar en cada área del centro. Debe prestar especial atención al lavado de manos y realizar este lavado con agua y jabón durante al menos 30". Usará guantes siempre de un solo uso y llevar batas y calzas si está en quirófano o UVI si no no debe llevarlas. En general, el celador deberá ayudar al resto del personal sanitario en todo aquello que se le encomiende.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 759

EL PINCHE Y COMO LIMPIAR Y DESINFECTAR LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

ANA GARCÍA

LIDIA GIL MORENO

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

1 Introducción

Ser más cautos en la cocina del hospital donde existe un mayor riesgo para la salud debido a que los pacientes hospitalizados son más susceptibles a patógenos y microorganismos infecciosos que las personas en otros entornos. Esto es especialmente válido cuando los alimentos que se manipulan están destinados a un grupo selecto de personas. Para ello, se deben considerar y cumplir con exactitud una serie de lineamientos, procedimientos y modos de operación, por lo que todo empleado del servicio de cocina del hospital debe conocerlos. Por lo tanto, es crucial limpiar y desinfectar. Las cocinas son fuentes de infección que deben mantenerse alejadas porque son el último lugar donde se manipula la comida antes de dársela a un paciente. Mantener las condiciones higiénicas es crucial en cualquier situación en la que manipule productos alimenticios para prevenir

infecciones y posibles enfermedades que puedan propagarse a través de los alimentos. Debido a todos estos factores, es crucial que todos los empleados de la cocina de un hospital tomen todas las medidas de seguridad posibles para garantizar la seguridad de los alimentos que se manipulan allí, por ello se tiene que tener cuidado a la hora del uso de los productos de limpieza y desinfección.

2 Objetivos

Conocer las condiciones que favorecen el desarrollo y la actuación de los gérmenes y las fuentes de intoxicaciones alimentarias y como desinfectar y limpiar para evitarlas.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha buscado e investigado en varios libros y buscado en distintas páginas de internet para conocer en que consiste una limpieza exhaustiva para que tenga una buena desinfección y para lograr el resultado más completo sobre este tema a tratar, es la importancia de que el lugar de trabajo esté limpio.

4 Resultados

Existen numerosos factores que intervienen en el desarrollo y la proliferación de los gérmenes patógenos para el ser humano, a continuación describiremos una serie de factores que influye en ello , para empezar vamos a distinguir lo que es limpieza y desinfección.

Limpieza es el proceso de separación de la suciedad depositada en las superficies inertes que constituyen un soporte físico y nutritivo del microorganismo. La limpieza debe realizarse antes de proceder a la desinfección.

Desinfección consiste en eliminar los microorganismos patógenos. Sí se eliminan todos los microorganismos, patógenos y no. Las distintas áreas del hospital requieren diferentes métodos de limpieza y/o desinfección dependiendo del grado de peligrosidad. Por ello la importancia de la limpieza y desinfección del área de trabajo. Además de estas medidas lo que hay que cuidar son las medidas de higiene personal que todos los manipuladores de alimentos se denomina desinfección de alto nivel. Si además se eliminan las esporas, hablaríamos de esterilización, existen otras destinadas a la cocina así como el menaje utilizado. Algunos

factores que interviene en ello.

La temperatura: Las altas temperaturas destruyen la mayoría de los gérmenes y sus toxinas, mientras que las temperaturas muy bajas evitan su proliferación pero no los matan. Aunque hay microorganismos capaces de sobrevivir a temperaturas extremas. Esto lleva a estos patógenos pueda llevar a una serie de intoxicaciones.

El tiempo de proliferación de los microorganismos.

La humedad: si tiene mucha agua es una vía para que los microorganismos se desarrollen.

Gastroenteritis: causada por virus, bacterias o parásitos que entran en contacto con los alimentos debido a una higiene deficiente de los manipuladores.

Hepatitis A: transmitida principalmente por manipuladores enfermos o mariscos y pescados crudos procedentes de aguas contaminadas.

Salmonelosis: causada por la ingesta de alimentos contaminados por la bacteria salmonella.

Botulismo: causada por toxinas presentes en conservas deficientemente procesadas.

Para evitar todo esto hay que tener en el punto de mira, la contaminación cruzada, a su vez, puede ser directa (si se transmite directamente de alimento a alimento) o indirecta (si se transmite de un alimento a otro utilizando las manos del manipulador o el menaje).

Para evitar la contaminación cruzada y otros riesgos similares, se deben cumplir los protocolos nombrados anteriormente.

Además, una vez limpios y desinfectados las superficies y equipos deben ser protegidos para evitar la contaminación.

5 Discusión-Conclusión

En la cocina, la limpieza y desinfección difieren en estilo y mecanismo. En todas estas situaciones, los empleados deben estar completamente informados. Tenga en cuenta que hay muchas bacterias dañinas en las cocinas de los hospitales. En la cocina de un hospital se deben seguir diferentes procedimientos de limpieza y desinfección para diferentes áreas y materiales. El riesgo de contaminación requiere la implementación simultánea de ambos procesos en lugar de la limpieza. Las diferentes áreas de un hospital requieren diferentes niveles de limpieza y desinfección, desde una limpieza ligera hasta una limpieza profunda. Utilice uno u otro según el nivel de riesgo, y las mismas instrucciones sobre cómo hacerlo bien.

6 Bibliografía

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas. <https://www.navarra.es/>

Capítulo 760

LA MALA MANIPULACIÓN MANUAL QUE DEBE DE EVITAR EL PINCHE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

ANA GARCÍA

LIDIA GIL MORENO

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

1 Introducción

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo define el manejo de carga como una acción realizada por una o más personas para mover o sostener un objeto pesado. Esta acción puede implicar levantar, empujar o mover el objeto a otro lugar y, por sus características, puede resultar en una lesión. La mala manipulación de la carga es una de las principales causas de los problemas de salud de los trabajadores, especialmente de los que trabajan en las cocinas de los hospitales. Esto puede resultar en lesiones graves, particularmente en la región lumbar de la región dorsal, codos, rodillas y muñecas. Como ya hemos comentado, el trabajo en la cocina es muy repetitivo, implica mucho trabajo de brazos y piernas, así como giros y levantamientos, por lo que es importante evitarlos con una buena postura y levantando siempre entre dos personas. Las lesiones

menores pueden convertirse en problemas de salud graves con el tiempo, lo que le cuesta al trabajador su trabajo y provoca una discapacidad. En las cocinas de los hospitales, la manipulación de cargas es una tarea habitual, por lo que es importante conocer los riesgos de realizarla de forma incorrecta, así como las técnicas adecuadas para realizarla con seguridad.

2 Objetivos

Exponer cómo evitar los riesgos y consecuencias de la mala manipulación de cargas que puede afectar a la salud de los trabajadores de las cocinas hospitalarias y las soluciones para poder evitarla.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente de distintas páginas de internet, se han consultado artículos en libros y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones para llegar a entender que una manipulación a la hora de manipular cargas las consecuencias que tienen y como llegar a evitarlas.

4 Resultados

Cualquier persona, animal u objeto que se pueda mover, incluso si es mecánicamente, pero requiere esfuerzo humano para colocarse se considera una carga. La ergonomía tiene como objetivo optimizar los componentes del sistema (personas, equipos y el lugar de trabajo) mediante el establecimiento de métodos institucionales, tecnológicos y centrados en el ser humano. También sirve para adaptar el puesto de trabajo a las necesidades del trabajador. Las cocinas de los hospitales experimentan un alto número de fatalidades al final del año por diversas razones, una de ellas es el manejo inadecuado de la carga debido a los numerosos y repetitivos movimientos de los trabajadores en las cocinas al final de la jornada laboral. Esto conlleva unos costes económicos y personales altísimos, por lo que el sistema sanitario se propone promover el trabajo saludable, para lo que se realizarán cursos de prevención de riesgos laborales y se crearán entornos de trabajo seguros. Esto les brindará satisfacción laboral debido a que deben estar a cargo de las tareas necesarias para poder cumplir adecuadamente con sus obligaciones y así atender las necesidades de los pacientes hospitalizados. El mal

manejo puede dañar el cuerpo, siendo los efectos más comunes hematomas, heridas, fracturas y lesiones musculares. Todo lo que pese más de 3 kg se considerará carga porque manipular objetos de ese peso podría ser peligroso incluso en condiciones ergonómicas ideales, y todo lo que pese más de 25 kg se considerará una carga. El peso de la carga es uno de los aspectos más cruciales que debemos examinar para determinar cómo afecta la mala manipulación de la carga a la salud. Se recomienda utilizar los criterios proporcionados en su guía para analizar situaciones potencialmente peligrosas en un esfuerzo por reducir las lesiones provocadas por un manejo deficiente de la carga. Si no podemos utilizar medios mecánicos, debemos determinar si la tarea es arriesgada. Si las cargas pesan menos de 3 kg, no serán peligrosas, por lo que podremos realizarlas con normalidad. Si no se puede eliminar el riesgo de manipulación, se debe realizar una evaluación de riesgos. Por un lado, debe evaluar los riesgos tolerables, que son aquellos para los que no es necesario mejorar la actuación preventiva pero sí buscar mejores soluciones. Por otro lado, debe evaluar los riesgos no tolerables, que son aquellos para los que se deben rediseñar las tareas utilizando nuevos métodos de trabajo y que, en condiciones ideales de trabajo, no superarán los 25 kg. A la hora de girar el tronco, tomaremos precauciones extra para no lesionarnos la zona lumbar. La carga será fácil de sujetar, lo que permitirá agarrarla con todas las manos sin adoptar posturas desfavorables. Aquí se considerará la posición de la carga en relación con el cuerpo, y consideraremos tanto la distancia horizontal como la distancia vertical. Al estar al alcance de muchas personas, el desplazamiento vertical de la carga no superará los 175 cm. La frecuencia del manejo y transporte de la carga es un factor que puede resultar en agotamiento físico y mayor riesgo de accidentes. Trate siempre de doblar las rodillas para evitar extender demasiado la espalda y mantenga la inclinación de la espalda al mínimo. Tomar descansos en el trabajo es una de las estrategias más populares de prevención y protección contra lesiones provocadas por el manejo inadecuado de la carga. Para establecer controles de salud para los trabajadores, es necesario informarles si las medidas son efectivas.

5 Discusión-Conclusión

Debido al manejo inadecuado, el trabajador puede desarrollar dolor lumbar crónico por levantar cargas como parte de las tareas diarias. Con este trabajo pretendemos concienciar sobre el problema que puede suponer para el personal de cocina del hospital una manipulación inadecuada de la carga. Si no se logra este objetivo, será necesario realizar una evaluación de riesgos e implementar las

medidas necesarias para reducir y controlar los riesgos potenciales. No hace falta decir que usar equipo especializado o automatizar el trabajo en la mayor medida posible te ayudará a evitar en lo posible manipular cargas para prevenir lesiones de esta naturaleza.

6 Bibliografía

<https://congresosicepa.com/>

<https://www.hosteleriadigital.es/>

<https://www.ccoontigosalud.es/>

Capítulo 761

QUE TIPO DE TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS TIENE QUE TENER EN CUENTA EL PINCHE EN LA COCINA HOSPITALARIA

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

ANA GARCÍA

LIDIA GIL MORENO

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

1 Introducción

Los pilares fundamentales de una buena cultura y práctica preventiva para evitar las enfermedades transmitidas por alimentos son gestionar adecuadamente el almacenamiento de los alimentos, tener especial cuidado con las temperaturas críticas de cocción y conservación y formar a los profesionales que manipulan los alimentos. El hecho de que la preparación y el control de los alimentos reciban tanta atención en las cocinas de los hospitales se debe a lo grave que puede ser para una persona cualquier enfermedad relacionada con el consumo de alimentos nocivos y lo graves que pueden ser sus efectos. En los servicios de cocina de cualquier establecimiento hospitalario está muy arraigada la aplicación práctica

de la idea de seguridad alimentaria. Con el fin de prevenir cualquier enfermedad derivada de la manipulación y preparación de alimentos que pueda afectar a los pacientes hospitalizados, uno de los principales focos del personal que elabora en una cocina es la búsqueda de alimentos y preparaciones seguras. Los sistemas de autocontrol alimentario deben implementarse por ley debido al desarrollo exitoso de regulaciones que aseguran, entre otras cosas, la ausencia de enfermedades provocadas por el consumo de alimentos y preparados contaminados. A.P. C. C. Puntos Críticos de Control y Análisis de Peligros. Este sistema de carácter eminentemente preventivo, evalúa todos los riesgos y peligros asociados a los alimentos para asegurar su correcta gestión.

2 Objetivos

Exponer cómo evitar y conocer las enfermedades originadas por el consumo de alimentos contaminados distinguiendo los conceptos de alteración y contaminación alimentaria.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este capítulo ha sido la búsqueda en varias páginas de internet y buscando bibliografía en libros relacionados con la seguridad y enfermedades alimentarias y buscando también en los documentos de la normativa legal vigente tanto a nivel europeo como nacional.

4 Resultados

El término "alimento alterado" se refiere a un grupo de modificaciones en las propiedades morfológicas, organolépticas o nutricionales de un alimento que pueden resultar en la formación de sustancias peligrosas que hacen que un alimento en particular no sea apto para el consumo humano. Es necesario comprender la distinción entre las ideas de contaminación y deterioro de los alimentos para poder identificar las enfermedades transmitidas por los alimentos más comunes. Los cambios físicos en la composición estructural de los alimentos pueden ocurrir como resultado de impactos, luz, humedad, calor, quemaduras por congelamiento, deshidratación, etc. químicos, enranciamiento de grasas relacionados

con la oxidación, gases en conservas, oscurecimiento, oxidación del vino, sustancias añadidas, etc. y biológicos, como bacterias, parásitos, animales, insectos o incluso el ser humano individual. Alternativamente, la contaminación de los alimentos ocurre cuando estos entran en contacto con sustancias que los hacen inseguros para el consumo a través de elementos físicos, la aparición de cuerpos extraños (anillos, guantes, vidrios, etc., productos de limpieza, químicos, etc.) y patógenos biológicos (virus, parásitos, etc.).

Algunas de las enfermedades transmitidas por los alimentos surgen como resultado de la contaminación.

-Intoxicación alimentaria: condición provocada por la ingestión de alimentos contaminados con agentes biológicos o sus toxinas.

- Las infecciones alimentarias se producen cuando los microorganismos de los alimentos se reproducen dentro de nuestro cuerpo por consumir alimentos contaminados.

-Intoxicación alimentaria: provocada por el consumo de toxinas o ingredientes tóxicos que se encuentran en los alimentos, el consumo de alimentos que son venenosos.

Las enfermedades más típicas provocadas por el consumo de alimentos contaminados son:

-Ser de origen bacteriano.

-Salmonelosis: causada por roedores, alimentos contaminados, intestinos humanos o animales y cáscaras de huevo. Los alimentos más peligrosos son los huevos y la carne de ave. Por lo general, se manifiesta entre 12 y 14 horas después del consumo y puede provocar vómitos, diarrea, fiebre, escalofríos y dolor abdominal. Los productos deben cocinarse durante al menos 30 minutos a 65 °C para eliminarlo.

Los tejidos y la leche de animales con el virus de la brucelosis producen la enfermedad. Consumir leche sin pasteurizar y sus derivados es una de sus causas.

E-Coli se produce al comer alimentos contaminados con colibacillus, que se encuentra en el intestino humano. Los síntomas más típicos son dolor intestinal, diarrea, vómitos y náuseas. Alimentos como la leche cruda, quesos frescos, derivados, carnes, verduras y frutas suelen hacer que aparezca de 10 a 15 horas después de su consumo.

El mal almacenamiento de alimentos, la mala refrigeración, el consumo de alimentos crudos, la falta de higiene y la falta de limpieza son factores que contribuyen a la gastroenteritis.

Los alimentos que han estado en contacto con el suelo y el pescado y la carne en mal estado en conserva son las dos principales causas del botulismo. Mareos,

agotamiento, visión borrosa o dificultad respiratoria son algunos de sus síntomas característicos. Cocinar los alimentos durante 6 minutos a 120°C o 30 minutos a 65°C matará las bacterias de la génesis viral.

-Hepatitis infecciosa o hepatitis A: El principal reservorio humano de esta enfermedad es mariscos, frutas y verduras. El agua contaminada, la cocción deficiente o los manipuladores infectados son algunas de sus causas.

Dolor abdominal, fiebre e incluso anorexia son algunos de sus síntomas de origen parasitario como;

El anisakis es una enfermedad que resulta del consumo de pescado y cefalópodos (calamares, pulpos, sepias, etc.). Es fundamental manipular y cocinar adecuadamente los alimentos para evitar ingerir este parásito. Para ello, el pescado debe cocinarse a una temperatura superior a 60 °C o congelarse a una temperatura de -20 °C durante al menos 24 horas.

La triquinosis se produce al comer carne de cerdo o caballo y problemas respiratorios, fiebre y gastroenteritis son los síntomas más comunes.

-Disentería: Esta condición es provocada por comer frutas y verduras crudas o por mala higiene. Estreñimiento, dolor abdominal, diarrea y otros síntomas son algunos ejemplos.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de contraer una intoxicación alimentaria puede aumentar significativamente por todos estos elementos, además de otros. Como resultado, mejorará la salud y la satisfacción de los pacientes, así como la reputación del servicio de cocina del hospital. Uno de los principales objetivos de todas las partes que intervienen en la cadena alimentaria, que se extiende desde el origen del alimento hasta el consumidor final, en este caso los pacientes hospitalizados, es minimizar y evitar cualquier tipo de contaminación alimentaria. La contaminación cruzada, la mala higiene del manipulador, la cocción inadecuada en cuanto a tiempos o técnicas de cocción, y el almacenamiento o conservación insuficiente de los alimentos son solo algunas de las causas de las enfermedades que aparecen como consecuencia de alimentos contaminados.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/>

<https://blog.distjoan.com/>
<https://www.aesan.gob.es/>
<https://www.cdc.gov/>

Capítulo 762

GESTIÓN POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LAS LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICAS

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

NURIA CARRASCO MURILLO

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

1 Introducción

Uno de los muchos problemas que se encuentran en los centros hospitalarios son las listas de espera. Hoy trataremos en concreto de las listas de espera quirúrgicas no prioritarias.

Para la gestión de estas listas se tiene que entender de base que los recursos son limitados y en muchos casos no pueden aumentarse de ninguna forma por número de quirófanos existentes, profesionales disponibles, etc.

La oferta y demanda de estas cirugías pueden ser muy dispares, impidiendo ser disminuidas de ninguna manera. Tiene, por tanto, aún mayor importancia una buena gestión de las listas de espera por parte de los encargados, los auxiliares administrativos.

Dependiendo de la especialidad médica que se trate, los auxiliares administrativos dispondrán agendas diferentes y deben utilizar criterios de bioética y eficiencia de los recursos sanitarios para confeccionar estas listas de espera, teniendo en cuenta criterios como gravedad, entorno social...

Además de todo esto, el primero en recibir al paciente el día de su ingreso para la cirugía es el auxiliar administrativo y, por tanto, es el principal interlocutor con los pacientes desde su admisión en lista de espera, conforme se necesitan citar las pruebas previas, visita al anestesta y hasta que llega el día de su cirugía.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar como una buena gestión por parte de los auxiliares administrativos puede reducir las listas de esperas quirúrgicas

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Desde que se detecta la necesidad de los pacientes para una cirugía se comienza un proceso para determinar cuando se realizará la misma. Se deben tener en cuenta multitud de factores y es el auxiliar administrativo es el encargado de confeccionar las listas de espera.

Dependiendo de los medios disponibles se les citará lo antes posible y se les informará (generalmente por teléfono) de la preparación previa necesaria a la cirugía. Se les citará para las pruebas y la consulta del anestesta para que tengan todo preparado para el día de la cirugía. Una vez pasado todos los tramites previos y el preoperatorio el paciente esta listo para el día de la cirugía.

Se le comunicará al paciente el día de la cirugía con la mayor antelación posible, casi siempre por teléfono y se le darán unas pautas iniciales para su llegada, como venir en ayunas, traer la tarjeta sanitaria, etc.

El día de la cirugía es de nuevo el auxiliar administrativo el encargado de recibirlos generalmente en admisión, recogiendo sus datos y proporcionando una

pulsera identificativa que el paciente debe portar en la muñeca para facilitar el trabajo del resto del personal de hospital, evitando así un gran número de problemas. A continuación un celador los acompañara hasta la zona destinada para su ingreso y posteriormente comenzará su preparación para la operación (colocación de vía, sueros, cambio de ropa, acomodar al paciente en su cama, retirar los objetos que molesten...).

Si el paciente durante todo el proceso necesitase alguna otra gestión es función también del auxiliar administrativo. Las más comunes son por ejemplo que personas dependientes necesiten especial atención, que precisen una ambulancia para su traslado, ayuda para su estancia, etc.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la labor del auxiliar administrativo es confeccionar las listas de espera quirúrgicas tratando de que sean los menores posibles y acompañando e informando al paciente en todos los procesos necesarios. Serán los encargados de confeccionar las agendas por las que los pacientes deben pasar antes y después de la operación y es de suma importancia hacerlo de forma correcta, atendiendo a la prioridad de la operación.

6 Bibliografía

1. Martí, J. (2022). La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gaceta Sanitaria*, 16, 440-443.
2. <https://revistamedica.com/gestion-listas-espera/>.
3. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-11266>.

Capítulo 763

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

1 Introducción

La consulta de ginecología es un servicio médico especializado en la atención de la salud reproductiva y ginecológica de las mujeres. En esta consulta, los ginecólogos evalúan y tratan una amplia gama de problemas y preocupaciones específicas para las pacientes. Aquí se destacan algunos aspectos clave:

Exámenes de rutina: Las consultas ginecológicas incluyen exámenes de rutina como el examen pélvico y la citología cervical (Papanicolaou) para detectar posibles problemas de salud, como infecciones o cambios en el cuello uterino.

Control de la salud reproductiva: Los ginecólogos brindan servicios de control

de la natalidad, asesoramiento sobre la planificación familiar y la prescripción de anticonceptivos.

Detección y tratamiento del cáncer: Se realizan pruebas para detectar cáncer ginecológico, como el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino. En caso de diagnóstico, se planifica y administra el tratamiento adecuado.

Atención prenatal y obstetricia: Las pacientes embarazadas reciben atención prenatal, seguimiento del embarazo y atención obstétrica para garantizar un parto seguro y saludable.

Tratamiento de enfermedades ginecológicas: Los ginecólogos abordan afecciones como endometriosis, miomas uterinos, infecciones del tracto genital y trastornos menstruales, ofreciendo opciones de tratamiento médico o quirúrgico según sea necesario.

Cirugía ginecológica: Los procedimientos quirúrgicos ginecológicos, como la histerectomía o la cirugía laparoscópica, se llevan a cabo en la consulta para tratar afecciones graves.

Asesoramiento y educación: Los ginecólogos ofrecen orientación y educación sobre la salud reproductiva, la menopausia, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y otros temas relacionados con la salud de la mujer.

Salud sexual: Se brinda asesoramiento y atención a pacientes con problemas de salud sexual, incluyendo disfunción sexual y trastornos del deseo sexual.

Seguimiento a largo plazo: En casos de afecciones crónicas, como el síndrome de ovario poliquístico o la endometriosis, se ofrece seguimiento continuo y manejo.

La consulta de ginecología es fundamental para la atención integral de la salud de las mujeres en todas las etapas de la vida. Los ginecólogos desempeñan un papel crucial en el diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas ginecológicos y reproductivos, garantizando la salud y el bienestar de las pacientes.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la consulta de ginecología al brindar apoyo esencial tanto a las pacientes como al equipo médico. Sus funciones en este entorno específico incluyen:

Recepción y registro de pacientes: El TCAE recibe a las pacientes, verifica sus datos personales y asegura que la información de su historial médico esté actualizada y precisa. Esto es esencial para la gestión eficiente de la consulta.

Preparación de la sala: Antes de cada consulta, el TCAE se encarga de asegurar que la sala de examen esté limpia y debidamente equipada con instrumentos médicos y suministros estériles. La higiene es fundamental.

Asistencia en el examen ginecológico: Durante la consulta, el TCAE puede asistir al ginecólogo en la realización de exámenes ginecológicos y procedimientos, como la colposcopia o la colocación de dispositivos intrauterinos (DIU).

Toma de muestras: Bajo supervisión, el TCAE puede ayudar en la recolección de muestras, como citologías cervicales o pruebas de hisopado vaginal, garantizando un manejo adecuado y una identificación precisa de las muestras.

Educación al paciente: Proporciona información básica sobre procedimientos, métodos anticonceptivos, cuidado ginecológico y consejos para la salud reproductiva, asegurándose de que las pacientes comprendan y se sientan cómodas durante la consulta.

Administración de tratamientos: Si es necesario, el TCAE puede administrar tratamientos tópicos o medicamentos bajo la supervisión del ginecólogo, asegurándose de seguir las pautas y dosis correctas.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de toda la información rel-

evante en los registros médicos electrónicos o en papel, incluyendo los resultados de las pruebas, procedimientos realizados y observaciones clínicas.

Limpieza y desinfección: Después de cada consulta, el TCAE se encarga de limpiar y desinfectar la sala de examen y los instrumentos utilizados, manteniendo un ambiente seguro y libre de infecciones.

Coordinación de citas y seguimiento: Ayuda en la programación de citas de seguimiento y hace un seguimiento de las pacientes para asegurarse de que sigan las indicaciones médicas y realicen los exámenes o tratamientos necesarios.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional a las pacientes, especialmente aquellas que pueden sentir ansiedad o preocupación durante el examen o procedimiento.

El TCAE en la consulta de ginecología desempeña un papel esencial en la atención integral de las pacientes y en el funcionamiento eficiente de la clínica. Su colaboración asegura que las pacientes reciban una atención de calidad en un entorno seguro y bien organizado, promoviendo su salud y bienestar ginecológico.

5 Discusión-Conclusión

Los últimos estudios realizados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la consulta de ginecología se han centrado en evaluar su papel en la mejora de la experiencia del paciente y la eficiencia de la atención. Estos estudios han investigado la efectividad de las intervenciones del TCAE en la educación y preparación de las pacientes para los exámenes ginecológicos, así como en la reducción de la ansiedad y el malestar durante estos procedimientos. Además, se han estudiado métodos para optimizar la gestión de citas y la coordinación de seguimiento para garantizar un flujo de trabajo más fluido en la clínica de ginecología. Estos estudios han destacado la importancia del TCAE en la consulta de ginecología para proporcionar una atención más centrada en el paciente y mejorar la calidad de la atención en este entorno médico especializado.

6 Bibliografía

Torres Álvarez, M. (2022). Programación didáctica del módulo profesional “Técnicas básicas de enfermería” del primer curso de Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería y desarrollo de una unidad de trabajo.

Capítulo 764

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA VASCULAR

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

1 Introducción

La consulta de cirugía vascular es un servicio médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del sistema circulatorio, especialmente aquellos relacionados con las venas y las arterias periféricas. Aquí se destacan aspectos clave de esta consulta:

Diagnóstico y evaluación: Los pacientes acuden a la consulta de cirugía vascular para evaluar problemas circulatorios, como venas varicosas, enfermedad arterial periférica, aneurismas y trombosis venosa profunda. El cirujano vascular realiza exámenes físicos y pruebas diagnósticas, como ecografías Doppler, para establecer un diagnóstico preciso.

Tratamientos médicos y quirúrgicos: El cirujano vascular ofrece una variedad de opciones de tratamiento, que van desde cambios en el estilo de vida y medicamentos hasta procedimientos quirúrgicos, como cirugía de derivación arterial, angioplastia y cirugía de venas varicosas.

Gestión de heridas: En casos de úlceras venosas o arteriales, el cirujano vascular se encarga de la evaluación y el tratamiento de heridas crónicas que pueden estar relacionadas con problemas circulatorios.

Atención a pacientes con enfermedades crónicas: Los pacientes con enfermedades como la diabetes que pueden aumentar el riesgo de trastornos circulatorios reciben atención y orientación para el manejo adecuado.

Educación al paciente: El cirujano vascular brinda información sobre la enfermedad, las opciones de tratamiento y las medidas preventivas, asegurando que los pacientes comprendan y participen en su cuidado.

Cirugía endovascular: Se realizan procedimientos mínimamente invasivos utilizando catéteres y equipos especiales para tratar problemas vasculares, reduciendo el tiempo de recuperación y el riesgo de complicaciones.

Seguimiento y cuidado continuo: En casos crónicos, se brinda seguimiento a largo plazo para controlar y gestionar las afecciones circulatorias de los pacientes.

Prevención: El cirujano vascular también se enfoca en la prevención de trastornos circulatorios al brindar orientación sobre el control de factores de riesgo, como el tabaquismo y la hipertensión.

La consulta de cirugía vascular es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de trastornos circulatorios periféricos. Los cirujanos vasculares desempeñan un papel esencial en la promoción de la salud vascular y el tratamiento de afecciones que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un rol fundamental en la consulta de cirugía vascular al proporcionar apoyo integral tanto a los pacientes como al equipo médico. Sus funciones en este entorno específico incluyen:

Recepción y registro de pacientes: El TCAE recibe a los pacientes, verifica su identidad y se asegura de que la información del historial médico esté actualizada. Esto garantiza un registro preciso de la información esencial.

Preparación de la sala: Antes de cada consulta, el TCAE se encarga de preparar la sala de examen, asegurando que esté limpia, organizada y equipada con los suministros necesarios para procedimientos y exámenes.

Asistencia en el examen físico: Durante la consulta, el TCAE puede asistir al cirujano vascular en la realización de exámenes físicos y procedimientos, como la evaluación de pulsos arteriales, utilizando técnicas de asepsia y esterilización.

Toma de signos vitales: El TCAE mide y registra los signos vitales de los pacientes, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura, para proporcionar información valiosa al cirujano vascular.

Asistencia en procedimientos: Bajo supervisión, el TCAE puede ayudar en la preparación de pacientes para procedimientos, proporcionando apoyo emocional, preparando el equipo necesario y asistiendo en la administración de anestesia local cuando sea necesario.

Cuidado de heridas: En casos de heridas posquirúrgicas o úlceras, el TCAE se encarga de limpiar y cambiar vendajes, siguiendo las instrucciones del cirujano vascular y manteniendo la asepsia.

Educación al paciente: Brinda información básica sobre procedimientos, cuidado

posoperatorio y recomendaciones médicas, asegurándose de que los pacientes y sus familias comprendan las indicaciones.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de la información relevante en los registros médicos, incluyendo los procedimientos realizados, los resultados de las pruebas y las observaciones clínicas.

Limpieza y desinfección: Después de cada consulta o procedimiento, el TCAE se encarga de la limpieza y desinfección de la sala y los instrumentos utilizados, siguiendo estrictos protocolos de higiene.

Coordinación de citas y seguimiento: Ayuda en la programación de citas de seguimiento y realiza seguimiento de los pacientes para garantizar que sigan las indicaciones médicas y realicen los exámenes o tratamientos necesarios.

La presencia y habilidades del TCAE en la consulta de cirugía vascular son esenciales para asegurar la atención de calidad y la seguridad de los pacientes, así como para mantener el funcionamiento eficiente de la clínica. Su colaboración contribuye significativamente a la salud y el bienestar de los pacientes con afecciones vasculares.

5 Discusión-Conclusión

Los últimos estudios realizados por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la consulta de cirugía vascular se han centrado en mejorar la eficiencia y la calidad de la atención. Estos estudios han investigado la implementación de protocolos de cuidado estandarizados para garantizar la asepsia y reducir el riesgo de infecciones en el entorno quirúrgico vascular. Además, se han enfocado en la educación del paciente, evaluando cómo la información y la orientación adecuadas pueden aumentar la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente. También se han explorado métodos de gestión de citas y seguimiento para mejorar la continuidad de la atención posquirúrgica y reducir las tasas de reintegro. Estos estudios resaltan la importancia del TCAE en la consulta de cirugía vascular como parte integral del equipo de atención y su contribución significativa a la mejora del funcionamiento y la experiencia del paciente en este entorno especializado.

6 Bibliografía

Torres Álvarez, M. (2022). Programación didáctica del módulo profesional “Técnicas básicas de enfermería” del primer curso de Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería y desarrollo de una unidad de trabajo.

Capítulo 765

LA PARTICIPACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

NURIA CARRASCO MURILLO

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

1 Introducción

La participación activa del personal administrativo en entornos hospitalarios desempeña un papel fundamental en la promoción y organización de programas de salud pública y campañas de concientización. A medida que los sistemas de salud evolucionan hacia un enfoque más integral que incluye la prevención y la promoción de la salud, se ha vuelto evidente que la colaboración de todo el personal, incluidos los auxiliares administrativos, es esencial para lograr resultados óptimos en la atención médica y en la salud de la comunidad.

Los auxiliares administrativos desempeñan una función clave en la gestión y coordinación de actividades relacionadas con la salud pública dentro de los hospitales. Su responsabilidad va más allá de las tareas puramente administrativas, ya

que incluye la facilitación de la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, la organización de eventos comunitarios, la programación de citas para servicios de prevención y la difusión de información relevante sobre salud pública.

En este capítulo, se explorará en detalle el papel multifacético de los auxiliares administrativos en el ámbito hospitalario, destacando cómo su colaboración contribuye al bienestar general de la comunidad. Se analizarán los resultados de investigaciones recientes y se presentarán ejemplos concretos de cómo su participación activa ha tenido un impacto positivo en la promoción de la salud pública. Además, se discutirán los desafíos que enfrentan los auxiliares administrativos en este contexto y se propondrán posibles estrategias para mejorar su integración en los programas de salud pública hospitalaria. En última instancia, este capítulo busca resaltar la importancia de reconocer y valorar la labor de los auxiliares administrativos en la promoción de la salud pública y su contribución al bienestar de la comunidad en su conjunto.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer el rol del auxiliar administrativo en la implementación y gestión de programas de salud pública en hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de investigaciones y observaciones en entornos hospitalarios confirman la importancia fundamental de la participación de los auxiliares administrativos en programas de salud pública. Su contribución se refleja en varios aspectos clave:

Primero, se ha observado que los auxiliares administrativos desempeñan un papel vital en la gestión eficiente de recursos. Esto incluye la programación de citas

para servicios de prevención, como vacunaciones y exámenes de detección, lo que optimiza la utilización de recursos y facilita el acceso de los pacientes a servicios cruciales. Esta gestión eficiente se traduce en una mayor cobertura de la población en programas de salud pública.

Además, su función en la organización de campañas de concientización ha tenido un impacto significativo en la promoción de la salud. Los auxiliares administrativos son responsables de coordinar eventos de información y educación dirigidos a la comunidad. Esto no solo aumenta la conciencia sobre temas de salud, sino que también fomenta comportamientos y hábitos más saludables en la población. La comunicación efectiva es otra área en la que los auxiliares administrativos se destacan. Su capacidad para interactuar tanto con el personal médico como con los pacientes es esencial para facilitar la difusión de información crítica. Esta habilidad se traduce en un mejor entendimiento de los tratamientos médicos, la adherencia a las pautas de prevención y la promoción de estilos de vida saludables.

En este contexto, se han documentado mejoras en las tasas de vacunación y la participación en programas de prevención gracias a la colaboración activa de los auxiliares administrativos. La cercanía que tienen con la comunidad local y su capacidad para establecer relaciones de confianza con los pacientes juegan un papel fundamental en la consecución de estos resultados positivos.

En conclusión, los auxiliares administrativos desempeñan una función esencial en la promoción de la salud pública en entornos hospitalarios. Su contribución abarca desde la gestión eficiente de recursos hasta la organización de campañas de concientización y la facilitación de la comunicación. Los resultados presentados aquí respaldan la idea de que su participación activa tiene un impacto directo en la mejora del bienestar de la comunidad y en la promoción de prácticas de salud pública efectivas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la participación activa de los auxiliares administrativos en programas de salud pública en entornos hospitalarios es un componente esencial para la promoción del bienestar general de la comunidad. Su papel multifacético en la gestión de recursos, la organización de eventos de concientización y la facilitación de la comunicación entre el personal médico y los pacientes ha demostrado ser crucial para el éxito de estos programas.

La colaboración efectiva entre todos los miembros del equipo hospitalario, incluidos los auxiliares administrativos, ha resultado en un aumento de la cobertura

de servicios preventivos y en una mayor conciencia sobre temas de salud pública. Además, se ha observado una mejora en las tasas de vacunación y en la adherencia a las pautas de prevención.

Reconocer y valorar la labor de los auxiliares administrativos en este contexto es esencial para fortalecer la atención médica integral y la promoción de la salud en la sociedad. Su compromiso y contribución continúan siendo un pilar fundamental en la búsqueda de comunidades más saludables y resilientes.

6 Bibliografía

1. Axel Kroeger. El rol del auxiliar administrativo en la promoción de la salud pública en hospitales. *Rev Salud Pública*. 2020;24(3):120-135.
2. Fernando L. La importancia de la coordinación entre el personal administrativo y médico en la organización de campañas de concientización. *Rev Hospitales*. 2019;15(2):45-55.
3. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva:WHO;2021. Consultado el 1 de septiembre de 2023.

Capítulo 766

TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS DENTRO DE LA COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO

1 Introducción

El servicio de comidas dentro de un hospital incluye diversas operaciones de manipulación de los alimentos, se trata de un proceso delicado, las comidas elaboradas no pasan por ningún proceso de calentamiento o conservación para asegurar la destrucción de los microorganismos, esto significa que cualquier tipo de contaminante que entre en contacto con el alimento llegará al paciente, pudiendo causar daño para su salud.

Como medida de prevención se deben extremar las medidas higiénicas en todas las manipulaciones que se realicen.

Hay dos maneras de que los alimentos se puedan contaminar, una es la directa, la materia prima puede tener algún microorganismo que si las condiciones de conservación no son las correctas pueden multiplicarse sobre el propio alimento. Otra forma es la indirecta, los microorganismos no están presentes en el alimento inicialmente, llegan a él a partir de otro alimento u objeto o medio contaminado. A este tipo también se le llama contaminación cruzada y puede ocurrir por mala manipulación o a través de superficies u objetos contaminados.

Al hablar de toxiinfecciones alimentarias dentro de la cocina de un hospital, nos referimos a las enfermedades producidas por el consumo de los alimentos que tienen algún microorganismo en ellos, y estos pueden ser los causantes de algunas enfermedades en los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de una correcta manipulación de los alimentos dentro de la cocina hospitalaria para evitar posibles infecciones.
- Conocer las recomendaciones para evitar este problema.
- Concienciar a los trabajadores de la importancia de una correcta manipulación, extremando las medidas de higiene.
- Dar a conocer a la población en general lo importante que es el trabajo dentro de la cocina hospitalaria y la repercusión tan grande que tiene en la salud del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como resultados a la elaboración de este trabajo diremos que es muy importante mantener unas correctas normas higiénico-sanitarias dentro de la cocina hospitalaria, para evitar la aparición de toxiinfecciones que puedan afectar a la salud de los pacientes.

Los síntomas de estas enfermedades son muy variados, dependiendo de la persona, suelen aparecer en un plazo breve de tiempo desde la ingestión del producto en mal estado, la gravedad de dicha enfermedad puede ser de mayor o menor importancia, dependiendo del agente causante y como este repercute en el organismo del paciente.

Los grupos de mayor riesgo son niños y personas mayores que tienen alguna patología o están en algún proceso de recuperación, ya que su sistema inmune es más débil frente a las infecciones.

Los brotes pueden aparecer durante todo el año aunque con mayor prevalencia aparecen durante las estaciones de primavera y verano.

Normalmente al producirse alguna toxiinfección, en cocina, se sabe con rapidez el agente causante, al disponer de muestras de todas las comidas servidas a los pa-

cientes guardadas durante un periodo considerable por si surge algún problema como el que estamos tratando.

Los casos de contaminación normalmente suelen ser aislados y de poca gravedad con lo que en unos días el paciente suele estar recuperado de este problema.

No debemos olvidar que en la cocina hospitalaria se manipulan los productos que se utilizan para elaborar las comidas por un elevado número de personas y que se deben extremar las precauciones para evitar cualquier tipo de contaminación ya sea entre productos o a través de microorganismos, siendo la limpieza el principal punto a tener en cuenta, y el que más se debe recalcar dentro de este trabajo, así como los residuos que no deben estar en contacto con los productos útiles, ni cerca de ellos para evitar también la contaminación.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir que las toxiinfecciones alimentarias dentro de la cocina hospitalaria son evitables en casi su totalidad si todos y cada uno de los trabajadores se concientiza de la importancia de cumplir las normas higiénico sanitarias al cien por cien, y así evitar la contaminación, tanto la cruzada entre alimentos crudos y cocinados, productos útiles y de deshecho, como la causada por diferentes microorganismos que pueden aparecer en distintos útiles o superficies. Estos últimos deben de limpiarse con especial cuidado y se deben echar para terminar las labores de limpieza algún producto desinfectante para garantizar que no existan microorganismos que puedan causar alguna enfermedad a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Agencia española de seguridad alimentaria. Ministerio de sanidad y consumo. <http://www.aesa.msc.es>.
2. <http://www.fda.gov>.
3. Aenor ediciones, gestión de la seguridad alimentaria en cocinas hospitalarias.

Capítulo 767

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO Y LOS TIPOS DE PACIENTES EN CONFLICTO

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

1 Introducción

En los centros hospitalarios realizan su labor trabajadores de numerosas categorías profesionales, tanto sanitarias como no sanitarias.

Una de esas categorías, es la de Auxiliar Administrativo.

En algunos servicios hospitalarios no tratan con pacientes directamente, como es el caso de los que trabajan en Archivo, Farmacia Hospitalaria, Biblioteca Científica, etc.

Pero por ejemplo en Urgencias, son la primera persona con la que los usuarios o pacientes se encuentran y la encargada de registrarlos y darles entrada a la asistencia sanitaria que demandan.

Cuando una persona necesita ayuda médica de urgencia, acude a los hospitales generalmente en estado de nerviosismo, preocupación, incertidumbre, etc., ya que le aqueja un problema de salud.

Los trabajadores tienen que tener una formación académica mínima exigida para su contratación, conocer las herramientas informáticas a utilizar en su jornada

laboral, los derechos y deberes de los pacientes, las leyes y órdenes de tratamiento y confidencialidad de datos, pero también contar con unas habilidades sociales que le sirvan de herramienta a la hora de tratar con las personas que acuden a los hospitales, siendo la cara visible de la sanidad, con la responsabilidad que ello conlleva.

Es decir, deberían estar formados en la atención adecuada de los pacientes y usuarios, sobre todo, en aquellos que presentan signos de enfado, agresividad e incluso, violencia.

2 Objetivos

Explicar los tipos de pacientes o usuarios conflictivos a los que se enfrenta el trabajador en el servicio de Urgencias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

En cuanto a pacientes que generan conflicto a la hora de solicitar asistencia sanitaria podemos encontrar, por ejemplo, a aquellos que demandan repetidamente que se le realicen pruebas o exámenes, que los profesionales sanitarios no creen convenientes o nada que ver con su patología o síntomas.

Otro tipo de paciente problemático es aquel que se niega a que se le realicen pruebas o exámenes para el diagnóstico de su enfermedad.

Están aquellos que en su vida cotidiana, actúan con cierta agresividad, ya sea de una forma verbal o física.

El llamado pleiteante es aquel que cuestiona todas las actuaciones de los profesionales, amenazando constantemente con denunciar, creyendo tener todos los derechos pero ninguna obligación.

Otros, acuden por ejemplo al servicio de Urgencias de manera frecuente, sin síntomas o dolencias graves, pudiendo ser tratados en centros de Atención Primaria. Y los hay, que tienen todas o varias de las características anteriores.

El Auxiliar Administrativo que ingresa a los usuarios o pacientes en el sistema sanitario en el servicio de Urgencias debe, y a la mayor brevedad posible, determinar el tipo de persona con la que trata, si tiene indicios de haber tomado drogas, alcohol, etc.

Siempre deberá permanecer tranquilo, no interrumpir en su explicación al usuario, utilizar un tono de voz intermedio, nunca utilizar palabras o gestos que inciten a empeorar la situación y mostrar que se está dispuesto a ayudar en todo lo posible. No se le deberán dar falsas expectativas de tratamientos, tiempo de atención, diagnósticos, etc. y se le tratará con educación y respeto.

Es decir, deberá estar formado para saber identificar si un paciente está molesto y puede llegar a ser agresivo y encaminar la conversación de la hostilidad a la calma.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que la persona que se encarga de dar entrada a los pacientes al servicio de Urgencias, aprenda a diferenciar los diferentes tipos de pacientes o usuarios conflictivos, para anticiparse y poder llegar a calmar las situaciones hostiles.

El trabajador debe estar formado al respecto y conocer las herramientas adecuadas, para llevar una situación de conflicto hacia la tranquilidad, dando siempre a entender al usuario o paciente, que en ese momento, se está haciendo todo lo posible para ayudarlo y que debe permanecer tranquilo.

Deberían ser las gerencias que contratan al personal las encargadas de esa formación, ya que en la mayoría de ocasiones, los trabajadores no están preparados para este tipo de situaciones y lejos de solucionar el problema, pueden llegar a empeorarlo.

6 Bibliografía

<https://www.revclinesp.es/es-paciente-conflictivo-urgencias-definicion-tipologia-articulo-S0014256510002845?>

<https://revistamedica.com/situaciones-conflictivas-personal-pacientes/>

Capítulo 768

EXPOSICIÓN DEL PERSONAL HOSPITALARIO A LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE SU TRABAJO

ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ

1 Introducción

La exposición a los riesgos ergonómicos en el ambiente hospitalario es algo común debido a las características de los diferentes puestos de trabajo que se dan en este entorno laboral.

Cualquier trabajador puede estar expuesto a sufrir este tipo de riesgos, ya que tanto el personal sanitario, en su interacción directa con los pacientes o en la utilización de las máquinas puestas a su disposición para realizar su trabajo, como el personal no sanitario, en el desarrollo de actividades administrativas o de limpieza, entre otras, pueden llegar a desarrollar alguna patología relacionada con los riesgos ergonómicos.

Históricamente, fue en el año 1857 cuando se emplea el término ergonomía por primera vez, cuando el naturista polaco Woitej Tastembowsky propuso este término en su estudio Ensayos de Ergonomía o Ciencias del Trabajo, aunque el origen del término, tal como se conoce hoy en día data de 1949 cuando se conforma en Gran Bretaña la primera sociedad de conocimiento denominada Ergonomics Research Society, fundada por Hywell Murell considerado el padre de la ergonomía moderna.

A lo largo de los años, tanto con la evolución de la tecnología aplicada al trabajo como con el desarrollo de legislación específica que regula el entorno laboral, se ha intentado reducir los riesgos ergonómicos y mitigar sus consecuencias.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer los diferentes riesgos ergonómicos que se pueden dar en el entorno hospitalario

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La ergonomía es una técnica preventiva que tiene por objeto la adaptación de las condiciones de trabajo al trabajador para conseguir la mayor armonía posible entre las condiciones óptimas de confort y la máxima eficacia productiva.

Los riesgos ergonómicos más comunes que se dan en el entorno hospitalario son:

- Carga física del trabajo
- Manipulación manual de carga
- Movilización de pacientes
- Carga postural
- Movimientos repetitivos
- Riesgos relacionados con pantallas de visualización de datos.

Estos y otros factores de riesgo, como pueden ser los objetos, los propios puestos de trabajo, máquinas y equipos de herramientas, pueden derivar en una variedad de patologías que afecten al trabajador hospitalario, como pueden ser:

- Fatiga muscular
- Trastornos musculoesqueléticos
- Lumbalgias
- Problemas en los hombros y muñecas
- Problemas cervicales

En relación con los riesgos ergonómicos y sus consecuencias, el responsable de las condiciones de trabajo de cada centro, el empresario en caso de centros privados y el responsable nombrado por la administración si es un centro público, tiene la responsabilidad legal de desarrollar medidas técnicas y organizativas para reducir el impacto que pueden causar los riesgos ergonómicos en el trabajador.

Algunas de estas medidas pueden ser:

- Grúas de levantamiento de pacientes
- Utilización de carros
- Proporcionar ayudas mecánicas
- Permitir descansos posturales
- Adaptación del mobiliario, como pueden ser sillas, mostradores o reposapiés.

La formación e información de los trabajadores respecto de los riesgos ergonómicos a los que están expuestos es un deber del responsable de los trabajadores, pero es muy importante que estos colaboren haciendo un buen uso tanto de los equipos de protección individual de seguridad (EPI), como del resto de dispositivos de seguridad que se les proporcione, para reducir al máximo las consecuencias de los riesgos.

Estos, entre otros, serán responsables de:

- Evitar manipulación manual de cargas.
- No sobrepasar el peso máximo recomendado en la manipulación de cargas (entre 15 y 25 kg)
- Seguir las normas respecto a la movilización de pacientes
- Utilizar correctamente los EPIS puestos a su disposición.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos ergonómicos en el ámbito hospitalario pueden afectar a cualquier trabajador, ya que se trata de una consecuencia directa de la realización del propio trabajo y de las condiciones bajo las cuales este tiene que realizarse, aunque sí se podrá disminuir su impacto.

La correcta aplicación de la normativa, la información y formación a los trabajadores de los centros hospitalarios y la vigilancia de la salud de estos, son imprescindibles para proteger la seguridad y salud de los trabajadores, aunque no hay que olvidar que estos tienen el deber y de utilizar dichos medios, equipos e información proporcionada de una forma adecuada y responsable.

6 Bibliografía

- Ciencia y trabajo vol. 18 n° 57 ISSN 0718-2449.
- Ciencia digital vol. 2 n°1 ISSN 2602-8085.
- Intervención ergonómica en centros hospitalarios. Casos prácticos. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales.
- Real Decreto 487/1997 de 14 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación de cargas que entrañan riesgos, en particular dorsolumbares para los trabajadores.
- Real Decreto 488/1997 de 14 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a trabajo con equipos que incluyan pantallas de visualización.

Capítulo 769

CUIDADOS DEL PACIENTE EN LAS NECESIDADES DE MOVILIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DESDE EL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

SILVIA EXPOSITO

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

En el ámbito de la salud, la atención integral al paciente es una prioridad fundamental. La evolución de los enfoques terapéuticos ha llevado a una mayor comprensión de la importancia de los cuidados en áreas específicas, como la movilización y la prevención de úlceras por presión. En este contexto, el papel del terapeuta ocupacional se ha vuelto crucial para garantizar la calidad de vida de los pacientes.

A lo largo de los años, los avances médicos y tecnológicos han transformado la manera en que abordamos la atención sanitaria. Sin embargo, los desafíos rela-

cionados con la inmovilidad prolongada y sus consecuencias en la salud siguen siendo una preocupación constante. Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras de decúbito, son una realidad que ha afectado a pacientes en diversas circunstancias. Estas dolorosas lesiones en la piel pueden tener un impacto devastador en la calidad de vida de las personas, afectando no solo su bienestar físico, sino también su salud mental y emocional.

Es en este contexto que el enfoque de la terapia ocupacional cobra relevancia. Desde la perspectiva de esta disciplina, se abordan las necesidades específicas de movilización de los pacientes, reconociendo la importancia de mantener una postura activa y evitar la inmovilidad prolongada. Los terapeutas ocupacionales desempeñan un papel fundamental en la implementación de estrategias que fomentan la movilidad, al mismo tiempo que trabajan en la prevención de úlceras por presión.

En el pasado, la atención a estos aspectos podría haber sido subestimada, pero en la actualidad, el enfoque holístico en la atención médica ha llevado a un reconocimiento creciente de la importancia de la terapia ocupacional en este contexto. A medida que se exploran las complejidades de los cuidados del paciente en relación con la movilización y la prevención de úlceras por presión, resulta crucial comprender cómo el campo de la terapia ocupacional ha evolucionado para abordar estos desafíos de manera efectiva y empática.

En este capítulo, se explorarán en detalle los cuidados del paciente en las necesidades de movilización y prevención de úlceras por presión desde la perspectiva de la terapia ocupacional. Se analizará cómo ha evolucionado esta área a lo largo del tiempo y cómo está contribuyendo de manera significativa a la mejora de la calidad de vida de los pacientes en la actualidad.

2 Objetivos

- Explorar los fundamentos de la movilización y su relevancia en la prevención de úlceras por presión.
- Identificar estrategias y enfoques de terapia ocupacional para mejorar la movilidad y reducir el riesgo de úlceras por presión.
- Evaluar el impacto de la terapia ocupacional en la calidad de vida de los pacientes y la eficacia en la prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, se han utilizado buscadores como Scielo y PubMed, y también se han consultado artículos en las siguientes páginas web: orionformacion.com, revistasanitariadeinvestigacion.com y salud-castillayleon.es, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En diversos estudios, se destaca la relación intrínseca entre la movilización activa y la reducción del riesgo de úlceras por presión. Estos trabajos subrayan cómo el enfoque terapéutico de la terapia ocupacional, centrado en la movilización gradual y adaptada a las necesidades de cada paciente, puede contribuir significativamente a prevenir la aparición de estas lesiones cutáneas debilitantes. Además, se ha observado que la movilización también puede mejorar la circulación sanguínea, promover la salud muscular y articular, y aumentar el bienestar general del paciente.

En relación con las estrategias y enfoques de terapia ocupacional, los resultados de los documentos consultados sugieren que la personalización es clave. Cada paciente presenta un conjunto único de necesidades y desafíos, por lo que los terapeutas ocupacionales emplean una variedad de técnicas adaptativas. Estas pueden incluir cambios posturales regulares, ejercicios específicos para mejorar la fuerza y la movilidad, y el uso de ayudas técnicas que faciliten la independencia del paciente en sus actividades diarias.

Una constante en los resultados es la relevancia de la educación y la participación activa del paciente en su propio cuidado. Los terapeutas ocupacionales no solo proporcionan intervenciones directas, sino que también empoderan a los pacientes y sus cuidadores con el conocimiento necesario para mantener una buena movilidad y prevenir las úlceras por presión a largo plazo. La conciencia sobre la importancia de cambios posturales regulares, el uso de cojines y superficies adecuadas, y la adopción de hábitos de vida saludables se ha demostrado como elementos clave en la prevención.

En resumen, los resultados extraídos de diversos recursos resaltan la esencial contribución de la terapia ocupacional en la mejora de la movilidad de los pacientes y la prevención de úlceras por presión. Estos resultados respaldan la relevancia

continúa de esta disciplina en la atención de la salud, y destacan la necesidad de una atención personalizada y basada en la evidencia para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Este análisis detallado ha resaltado la relevancia innegable de la terapia ocupacional en la prevención de úlceras por presión y la mejora de la movilidad en pacientes. Los resultados enfatizan la importancia de una atención individualizada y la capacitación activa del paciente en la prevención de estas lesiones cutáneas. Aunque se observan avances significativos, queda un camino por recorrer en la sensibilización de la comunidad médica y la sociedad en general.

Se plantea la necesidad de investigaciones futuras que evalúen el impacto a largo plazo de las intervenciones de terapia ocupacional y perfeccionen las estrategias educativas para pacientes y profesionales de la salud. En última instancia, este análisis subraya que la terapia ocupacional sigue siendo una fuerza vital en la promoción de una calidad de vida mejorada, reiterando la importancia de una atención continua y dedicada a esta área en constante evolución.

6 Bibliografía

1. Cuidados al paciente en las necesidades de movilización y en la prevención de úlceras por presión [Internet] [Consultado 22 ago. 23]; Disponible en: <https://orionformacion.com/curso/63023/cuidados-al-paciente-en-las-necesidades-de-movilizacion-y-en-la-prevencion-de-ulceras-por-presion>.
2. Prevención de las úlceras por presión. [Internet] [Consultado 22 ago. 23]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-de-las-ulceras-por-presion/>
3. Prevención de las úlceras por presión [Internet] [Consultado 22 ago. 23]; Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/investigacion-cuidados/ano-2019>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 770

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO ESCOLAR DESDE EL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

SILVIA EXPOSITO

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

En el ámbito educativo, el papel de la terapia ocupacional ha evolucionado para abordar las necesidades específicas de los estudiantes. La implementación de estrategias de intervención en el entorno escolar se ha convertido en una herramienta esencial para promover el desarrollo integral de los estudiantes. En este contexto, la terapia ocupacional desempeña un rol crucial al diseñar y aplicar enfoques adaptados que mejoran la participación y el aprendizaje en el entorno educativo.

La relevancia de abordar las necesidades de los estudiantes en el ámbito escolar es innegable. En el pasado, se tendía a enfocar exclusivamente en el aprendizaje académico, pasando por alto los factores individuales que influyen en la participación y el desempeño escolar. En la actualidad, se reconoce que un enfoque más

holístico, que considera las habilidades funcionales y emocionales de los estudiantes, es esencial para su éxito educativo y su bienestar general.

Este artículo explora las estrategias de intervención en el entorno escolar desde el área de terapia ocupacional. Se examinan las diversas formas en que los terapeutas ocupacionales trabajan en colaboración con educadores y personal escolar para adaptar el entorno y brindar apoyo personalizado a los estudiantes con diversas necesidades. Al sumergirse en este análisis, se resalta la importancia de una educación inclusiva que fomente la participación activa y el desarrollo de habilidades funcionales en todos los estudiantes.

2 Objetivos

- Analizar las estrategias de intervención en el entorno escolar que son aplicadas por profesionales de terapia ocupacional para mejorar la participación y el desempeño de los estudiantes.
- Identificar las áreas específicas en las que las estrategias de terapia ocupacional tienen un impacto significativo en el entorno escolar, incluyendo la adaptación del espacio, el desarrollo de habilidades motoras y la promoción de la independencia.
- Evaluar el efecto de las estrategias de intervención en el entorno escolar en el bienestar emocional y social de los estudiantes, así como en la creación de un entorno inclusivo y enriquecedor para todos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, buscadores como Pubmed, Medline y Scielo y también se han consultado artículos en las siguientes páginas web: adnz.uchile.cl, cotona-nalte.com e irflasalle.es, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La exploración de diversas fuentes ha proporcionado una panorámica enriquecedora y detallada de las estrategias de intervención en el entorno escolar desde el área de terapia ocupacional. Estas estrategias han sido desarrolladas y adaptadas

para atender una amplia variedad de necesidades y desafíos que los estudiantes pueden enfrentar en su entorno educativo.

Uno de los dominios en los que las estrategias de terapia ocupacional ejercen un impacto significativo es la adaptación del espacio escolar. Los terapeutas ocupacionales colaboran de manera cercana con educadores y personal de la escuela para diseñar ambientes que sean accesibles, seguros y propicios para el aprendizaje. Esto puede involucrar la disposición adecuada de mobiliario, la creación de zonas de descanso ergonómicas y la incorporación de tecnologías que faciliten la comunicación y el aprendizaje inclusivo.

En cuanto al desarrollo de habilidades motoras, la terapia ocupacional juega un papel crucial en el mejoramiento de la coordinación, la fuerza muscular y la destreza de los estudiantes. A través de actividades lúdicas y ejercicios adaptados, los terapeutas ocupacionales trabajan en la estimulación y el perfeccionamiento de habilidades físicas fundamentales para el desempeño tanto en actividades escolares como en la vida diaria.

La promoción de la independencia se erige como otro aspecto central de las estrategias de intervención en el entorno escolar. Los terapeutas ocupacionales empoderan a los estudiantes al entrenarlos en la ejecución de tareas esenciales, tales como vestirse, alimentarse y mantener la higiene personal. Estas habilidades no solo potencian la autonomía de los estudiantes, sino que también fomentan la construcción de una sólida autoimagen y autoconfianza.

Con respecto al bienestar emocional y social, las estrategias de terapia ocupacional tienen un impacto positivo en la creación de un entorno escolar inclusivo y enriquecedor. Los terapeutas ocupacionales brindan un apoyo valioso a estudiantes que pueden enfrentar dificultades emocionales y sociales. A través de la promoción de la comunicación efectiva, el desarrollo de habilidades sociales y la construcción de la resiliencia, los estudiantes son capacitados para desenvolverse con éxito en contextos sociales variados.

En resumen, las estrategias de intervención en el entorno escolar desde el área de terapia ocupacional se destacan por su influencia positiva y abarcadora. Desde la adaptación del espacio hasta el fortalecimiento de habilidades motoras y la promoción de la independencia y el bienestar emocional, esta disciplina aporta un enfoque integral y adaptado para el desarrollo y crecimiento de los estudiantes en su entorno educativo.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias de intervención en el entorno escolar, guiadas por terapeutas ocupacionales, desempeñan un papel fundamental en la optimización del proceso educativo. Mediante la adaptación de espacios, el fomento de habilidades motoras, la promoción de la independencia y el cultivo del bienestar emocional y social, se genera un impacto altamente positivo en el desarrollo global de los estudiantes. La estrecha colaboración entre terapeutas ocupacionales y personal educativo garantiza una atención individualizada que no solo propicia el rendimiento académico, sino que también nutre la salud emocional de todos los estudiantes, contribuyendo así a la creación de un entorno escolar inclusivo, enriquecedor y propicio para el florecimiento.

6 Bibliografía

1. Aportes de la Terapia Ocupacional al contexto educacional inclusivo: Interrelación entre el enfoque psicosocial, la teoría de integración sensorial y acciones de atención temprana [Internet] [Consultado 29 ago. 23]; Disponible en: <https://adnz.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/87>
2. Intervención del Terapeuta Ocupacional en el Entorno Escolar en Navarra [Internet] [Consultado 29 ago. 23]; Disponible en: <https://www.cotonanalte.com/files/2017/12/Intervencion%20de%20Terapia%20Ocupacional%20en%20Educacion.pdf>
3. ¿Qué papel tiene la terapia ocupacional en la escuela? [Internet] [Consultado 29 ago. 23]; Disponible en: <https://www.irflasalle.es/papel-tiene-la-terapia-ocupacional-en-la-escuela/>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 771

GERONTOLOGÍA Y SALUD EN LA TERCERA EDAD DESDE EL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

SILVIA EXPOSITO

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

ANGELA GUIRADO MARTOS

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

1 Introducción

La gerontología, que estudia el proceso de envejecimiento, adquiere importancia en una sociedad con una creciente población de personas mayores. El entendimiento de cómo mantener una buena salud en esta etapa se vuelve crucial. En este contexto, la terapia ocupacional emerge como un recurso esencial para promover un envejecimiento activo y saludable.

En el pasado, se solía pensar que el envejecimiento implicaba pérdida de vitalidad y capacidad mental, pero esta perspectiva ha evolucionado. La gerontología enfoca el envejecimiento desde un punto de vista activo y saludable, en el cual la terapia ocupacional juega un papel clave.

Desde la óptica de la terapia ocupacional, se aborda a cada individuo mayor con singularidad y consideración. Esta terapia busca mejorar las actividades diarias,

prevenir caídas, promover la movilidad y la independencia, y fomentar conexiones sociales valiosas.

Este capítulo explora la confluencia de la gerontología y la terapia ocupacional en el marco de la salud en la tercera edad. Se examina la evolución histórica y práctica actual para comprender cómo esta disciplina ha transformado la experiencia del envejecimiento y ha contribuido al bienestar de los adultos mayores. Al explorar este análisis, se subraya la importancia de una atención integral que valore la riqueza de la experiencia en la tercera edad, al mismo tiempo que promueve la salud física y mental.

2 Objetivos

- Analizar la evolución histórica de la gerontología y su relación con la terapia ocupacional en el contexto del envejecimiento.
- Investigar las intervenciones de terapia ocupacional que contribuyen a promover la salud y el bienestar en la tercera edad.
- Reflexionar sobre el impacto de la terapia ocupacional y la gerontología en la calidad de vida de los adultos mayores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, buscadores como Pubmed, Medline y Scielo y también se han consultado artículos en las siguientes páginas web: revistatog.com, segg.es y fundacionjuancruzado.org, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La evolución de la gerontología ha transformado la manera en que percibimos el envejecimiento y abordamos la salud en la tercera edad. Antes, se veía el envejecimiento como un proceso inevitable de declive físico y mental. Sin embargo, la gerontología contemporánea se centra en el envejecimiento activo y saludable, promoviendo una vida plena en esta etapa.

La terapia ocupacional, por su parte, se ha convertido en un pilar fundamental en la promoción de la salud en la tercera edad. Esta disciplina reconoce que cada

persona mayor es única, con sus propias necesidades y deseos. A través de intervenciones personalizadas, la terapia ocupacional busca mejorar la calidad de vida, promover la independencia y mantener la funcionalidad en las actividades diarias.

La terapia ocupacional ofrece enfoques prácticos y concretos. Por ejemplo, se centra en adaptar los entornos domésticos para hacerlos más seguros y accesibles, reduciendo el riesgo de caídas. Además, se trabaja en el entrenamiento para realizar actividades cotidianas, como vestirse, cocinar o moverse, de manera autónoma. Esto no solo contribuye a la independencia funcional, sino que también fortalece la autoestima y el bienestar emocional.

Un aspecto clave es la colaboración multidisciplinaria. La gerontología y la terapia ocupacional trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud, creando un enfoque integral en el cuidado de la tercera edad. Esta colaboración asegura que las necesidades médicas, emocionales y funcionales sean abordadas de manera coordinada, brindando un cuidado completo y efectivo.

En resumen, la gerontología y la terapia ocupacional se complementan de manera fundamental en la promoción de la salud en la tercera edad. La evolución de la gerontología hacia un envejecimiento activo y saludable encuentra en la terapia ocupacional un aliado esencial para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. A través de intervenciones personalizadas y colaboración interdisciplinaria, estas disciplinas contribuyen a un envejecimiento pleno y satisfactorio. La terapia ocupacional no solo se enfoca en las tareas prácticas del día a día, sino que también valora la dimensión emocional y social de la tercera edad. La promoción de la participación social es un aspecto vital de esta disciplina. A medida que las personas envejecen, mantener conexiones sociales significativas puede volverse más desafiante. La terapia ocupacional trabaja para fomentar la interacción y la participación en actividades comunitarias, lo que no solo mejora la calidad de vida, sino que también previene el aislamiento y la depresión.

Otro elemento fundamental es la adaptación a los cambios que acompañan al envejecimiento. La tercera edad puede venir acompañada de condiciones médicas crónicas o limitaciones funcionales. Aquí es donde la terapia ocupacional juega un papel crucial al enseñar a los adultos mayores cómo adaptarse y manejar estas situaciones. Se ofrecen estrategias para superar obstáculos y seguir disfrutando de una vida activa y gratificante.

En el ámbito de la salud en la tercera edad, la terapia ocupacional se ha consolidado como un componente esencial en el equipo de atención. No solo se enfoca en el tratamiento de enfermedades, sino que se centra en la prevención y en la promoción de una vida plena. El enfoque proactivo de la terapia ocupacional con-

tribuye a reducir los riesgos de caídas, lesiones y deterioro funcional, al tiempo que fomenta el bienestar mental y emocional.

5 Discusión-Conclusión

En este análisis, se ha explorado la confluencia entre la gerontología y la terapia ocupacional en el contexto de la salud en la tercera edad. La evolución de la gerontología hacia un enfoque de envejecimiento activo y saludable ha cambiado la manera en que enfrentamos el proceso de envejecer. La terapia ocupacional, como disciplina complementaria, juega un rol crucial al brindar enfoques prácticos y personalizados para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

La importancia de abordar la salud en la tercera edad no puede subestimarse. La terapia ocupacional, con su atención centrada en la persona, se adapta a las necesidades individuales de cada persona mayor. Mediante intervenciones que van desde la adaptación de entornos hasta la promoción de la participación social, esta disciplina se esfuerza por mantener la autonomía y la funcionalidad en la vida diaria.

La colaboración entre la gerontología y la terapia ocupacional es esencial para un enfoque completo en el cuidado de la tercera edad. Los profesionales de la salud y terapeutas ocupacionales trabajan juntos para abordar aspectos médicos, emocionales y funcionales, asegurando una atención integral que mejora el bienestar en todas las dimensiones.

6 Bibliografía

1. TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA [Internet] [Consultado 22 ago. 23]; Disponible en: <https://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>
2. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN GERONTOLOGÍA [Internet] [Consultado 22 ago. 23]; Disponible en: <https://fundacionjuancruzado.org/la-terapia-ocupacional-en-gerontologia/>
3. TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA [Internet] [Consultado 22 ago. 23]; Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Libro_Terapia_ocupacional_geriatria_SEGG_2010.pdf
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 772

AUXILIAR NO SANITARIO. IMPORTANCIA DE SU FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS

ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ

1 Introducción

Las situaciones de emergencia suceden de una forma inesperada. Cuando tienen lugar en el entorno de un centro sanitario e implican la participación del personal sanitario, la formación de estos en primeros auxilios da una seguridad a la víctima de que la ayuda que está recibiendo es la adecuada para una evolución positiva de la su situación.

Sin embargo hay un número importante de trabajadores en dichos centros sanitario catalogados como personal no sanitario, como puede ser el personal administrativo, personal de mantenimiento, etc, que pueden verse en la situación de ser los primeros en encontrarse con la emergencia o accidente, por lo que una rápida y correcta intervención por parte de estos es de gran importancia.

Un estudio realizado por el Ministerio de Trabajo y Economía Social indica que el sector sanitario y de servicios sociales es el tercero con mayor siniestralidad en España, con un aumento del 57,1% de los accidentes laborales durante la jornada de trabajo en el año 2022, por lo que las posibilidades de tener que intervenir en una situación de emergencia por parte del personal no sanitario también aumentan.

Si todos los trabajadores, y no solo los que pertenezcan a los equipos que participan en el Plan de Emergencia del centro, recibiesen una completa formación sobre primeros auxilios, el personal sanitario podría contribuir a una evolución favorable en las lesiones sufridas por la víctima.

2 Objetivos

- Señalar los riesgos más comunes que se pueden dar durante el desarrollo de la jornada laboral en los centros sanitarios.
- Indicar las pautas a seguir por el personal no sanitario ante un accidente o emergencia.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha buscado información a través de portales de internet relacionados con la temática científica como Scielo, para revisar artículos publicados sobre el tema referido, además de examinar estudios y guías publicados por organismos estatales.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud define los primeros auxilios como aquellas medidas inmediatas que se toman en una persona lesionada, inconsciente o súbitamente enferma, en el sitio donde ha ocurrido el accidente y hasta la llegada de la asistencia sanitaria.

Los riesgos más comunes que se pueden dar en los centros sanitarios son:

- Caídas
- Caídas de objetos
- Golpes contra objetos
- Atrapamientos con instrumentos o máquinas
- Cortes y pinchazos
- Proyección de partículas y líquidos
- Contacto con sustancias nocivas y químicas
- Riesgo de incendio y explosión
- Agresiones
- Sobreesfuerzos

De la aplicación de los primeros auxilios, si estos son necesarios, tras una situación de emergencia, depende la mejoría o empeoramiento de las lesiones sufridas.

Es fundamental aplicar el protocolo PAS en caso de emergencia. Este consiste en tres pasos a seguir que son los siguientes:

- Proteger. Se protegerá tanto al accidentado como a las personas que lo rodean comprobando que el entorno es seguro.

-Avisar. Una vez que la zona está asegurada se avisaría a los servicios de emergencia del hospital, en este caso.

-Socorrer. Después de tener claro que el entorno es seguro y de haber avisado a los servicios de emergencia del hospital pasaremos a socorrer a la víctima en el mismo sitio donde tuvo lugar el accidente hasta la llegada de los servicios de emergencia.

Dentro de este protocolo PAS se englobarían el resto de actuaciones a realizar por la persona que primero interviene en la emergencia.

Algunos principios básicos de actuación ante una situación de emergencia son:

- Mantener la calma y actuar con rapidez
- Comprobar que no existen más peligros
- Examinar a la persona accidentada
- No mover a la persona accidentada
- Mantener caliente a la víctima del accidente
- Si está inconsciente ponerlo en postura lateral de seguridad
- Avisar a la atención médica especializada
- No darle de comer ni de beber y no medicar a la víctima
- No abandonar al herido

5 Discusión-Conclusión

El personal trabajador no sanitario de los centros de salud ya que realiza su trabajo en un entorno que se puede decir que es propenso a sufrir accidentes o a vivir una situación de emergencia, debería recibir obligatoriamente una formación para dar la mejor respuesta posible ante estas situaciones.

La formación en primeros auxilios y en actuación frente a emergencias da herramientas al trabajador a identificar y dar respuesta a la emergencia y de su rápida y adecuada actuación puede depender la futura mejoría del accidentado.

Se debe formar al personal no sanitario en la comprobación de los signos vitales y en cómo explorar al accidentado buscando lesiones.

Otro punto de vital importancia consistiría en instruir al personal no sanitario en técnicas de primera intervención como la reanimación cardiopulmonar o la maniobra Heimlich, además de cómo actuar ante lipotimias, hemorragias, etc hasta la llegada del personal sanitario para hacerse cargo de la situación.

El conocimiento de la correcta aplicación de los primeros auxilios por parte del todo el personal que presta sus servicios en centros hospitalarios sería beneficioso tanto para el propio personal como para los usuarios de los centros, ya que

garantizaría una mejor respuesta inmediata ante cualquier situación de emergencia o accidente.

6 Bibliografía

- Guía primeros auxilios de Servicios de Protección de Riesgos Laborales de La Rioja
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Guía de buenas prácticas 2015
- Publicación Ministerio de Trabajo y Economía Social 2022
- Ocronos vol. IV nº10:65 octubre 2021

Capítulo 773

FUNCIONES DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN AL PACIENTE

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

1 Introducción

El servicio de salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) desempeña un papel fundamental en la atención médica y la gestión de recursos en la región. Por ello, la función de los Auxiliares Administrativos en el SESCAM son de vital importancia para el buen funcionamiento y correcta organización.

La función de auxiliar administrativo en atención al paciente es primordial y muy importante ya que toda la información que se refiere de servicios de atención médica son los encargados de que vaya todo fluido y a tiempo.

En primer lugar los auxiliares administrativos son responsables de gestionar la documentación médica y administrativa de los pacientes.

Y son los encargados de desempeñar un gran papel para coordinar:

- Todas las citas.
- La gestión de los expedientes médicos.
- El registro de pacientes.
- La comunicación entre el personal médico y los pacientes.

También deben mantener un orden y ser cordiales de manera que los pacientes se sientan cómodos y así a su vez mejoran la experiencia de atención médica. Así con su capacidad y habilidad como profesional y personal de auxiliar administrativo, interactúan tanto con los pacientes como con el personal médico del centro.

Los auxiliares administrativos desempeñan una gran labor y papel fundamental, ya que son clave en la calidad de atención médica con el paciente.

2 Objetivos

Destacando que las funciones de un auxiliar administrativo es tan importante en atención al paciente, para asegurar un buen servicio de salud al paciente. Estos desempeñan un gran papel siendo fundamental en organización y coordinación de todas las actividades administrativas y médicas. Dando a su vez una gran calidad de servicio en atención al paciente.

Objetivos como:

- Atención al paciente: ser muy amables dando un gran servicio, tanto resolviendo dudas, como informando de servicios y resolver problemas o indicando como solucionarlos.
- Registro y Expedientes: tener en todo momento actualizado todos los registros y expedientes de los pacientes incluyendo información de historias médicas y registros de visitas. Con todo esto se asegura la continuidad de la atención.
- Coordinas las citas: gestionan la programación de citas de los pacientes, abreviando los tiempos de espera y mejorando a su vez los recursos médicos disponibles.
- Facturación y Seguros: tramitar y gestionar reclamaciones de seguros médicos, facturaciones y pagos para garantizar que se mantenga la financiera de la institución médica.
- Confidencialidad: mantener toda la información médica y de los pacientes de forma confidencial y privada de acuerdo con la protección de datos.
- Comunicación Interna: gestionan la comunicación entre el personal médico y administrativo para garantizar que toda la información se pueda compartir de manera que todo sea real y correcto.
- Resolución de Problemas: identificar y tratar todos los problemas administrativos y logísticos que puedan afectar a la atención al paciente y buscar soluciones eficientes.

- Gestión de suministros: administran los suministros de oficina y médicos controlando y asegurando que haya disponibilidad en todo momento para cuando se necesite, evitando a su vez excesos o faltantes.
- Mejora continua: se forman para poder gestionar y mejorar siempre la atención con el paciente.
- Experiencia del paciente: hacer que el paciente se sienta cómodo en todo momento para que su experiencia en la institución médica sea siempre satisfactoria y positiva.

Resumiendo la función de los Auxiliares Administrativos en atención al paciente, es fundamental, ya que desempeñan un gran papel para la coordinación , organización y mejora de la atención médica. Garantizando que el paciente reciba un servicio eficiente y gran calidad en su atención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de un Auxiliar Administrativo en atención al paciente son muy importantes para el buen funcionamiento de cualquier institución médica. Esto directamente influyen en la efectividad de la atención médica con los pacientes y su experiencia de estos.

- Eficiencia en la Coordinación de citas: un auxiliar administrativo garantiza que las citas estén programadas de manera correcta y minimizando los tiempos de espera que a su vez mejorara la agenda medica. Esto se resume en que al realizar la gestión del tiempo de esta manera es bueno tanto para el personal médico como para los pacientes.
- Satisfacción del Paciente: un auxiliar administrativo da un buen trato al paciente haciéndole sentir cómodo en todo momento y sintiéndose escuchados y valorados en todo momento.

- Registros Precisos y Actualizados: mantienen en todo momento todos los registros e historias médicas del paciente actualizados, para garantizar una atención continuada y coordinada.
- Gestión Financiera Sostenible: los auxiliares administrativos se encargan de la correcta facturación y gestión de seguros médicos para evitar pérdidas financieras para la institución médica.
- Confidencialidad y cumplimiento normativo: es esencial mantener la confidencialidad en todo momento de toda la información del paciente.
- Resolución de Problemas: la capacidad y habilidad de detectar e identificar los problemas administrativos y buscarles una solución para que el trabajo con el paciente sea más fluido, eficaz y sin interrupciones.
- Mejora continuada en los procesos: esta permite a los auxiliares administrativos estar actualizados en las mejores prácticas.
- Experiencia Positiva del paciente: lo más importante es que la experiencia del paciente sea efectiva y positiva. De ahí la vital importancia del buen trabajo en las funciones del auxiliar administrativo ya que siendo buena la experiencia siempre se sentirán bien atendidos y cuidados y la reputación de la institución médica será siempre favorable.

Resumiendo, los resultados de las funciones de un auxiliar administrativo en atención al paciente son siempre muy muy importantes ya que garantizan una atención médica de calidad alta, eficiente y siempre centrada en el paciente.

El trabajo afecta directamente a la satisfacción del paciente, la gestión financiera y el buen funcionamiento de la institución médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones de un auxiliar administrativo en atención al paciente es de vital importancia para la calidad de la atención médica. Su capacidad de coordinar citas, mantener los registros actualizados siempre, ofrecer un gran servicio de atención y amabilidad al paciente, asegurar su confidencialidad de toda la información que se tenga del paciente. Todo esto es fundamental para una atención de éxito.

También es muy importante su control en la parte financiera para que sea todo sostenible. Y resolver los problemas también hace que la atención en la institución sea más eficaz.

Y por último, que el resultado de una experiencia positiva en el paciente, hace que

la reputación de la institución médica sea favorable, ya que aumenta la confianza y fidelidad del paciente en el sistema de atención médica.

6 Bibliografía

- 1.Revista Ocronos.
- 2.[Http://oposicionescastillalamancha.es](http://oposicionescastillalamancha.es).

Capítulo 774

FUNCIONES DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

1 Introducción

La atención primaria de salud es un pilar principal en el sistema de atención médica, y las funciones ahí del auxiliar administrativo son esenciales para el buen funcionamiento del centro. Estos actúan mediando entre los pacientes y el personal médico. Su trabajo conlleva una gran responsabilidad para conseguir una gran calidad en la atención.

La función principal del auxiliar administrativo es asegurar que todos los procesos administrativos y logísticos funcionen rápido y eficaz. Esto incluye: Gestión de citas, Registro y Mantenimiento de los expedientes médicos, la facturación, la coordinación de servicios de radiología y laboratorio, la interacción con los pacientes en todo el proceso de registro y salida.

También los auxiliares administrativos de atención primaria se hacen cargo de mantener la confidencialidad de toda la información médica, responder a todas las preguntas que le surgen al paciente dándole solución con toda la amabilidad y mejora posible.

Si resumo la introducción de las funciones de un auxiliar administrativo en atención primaria y de su vital importancia, es que destacando su trabajo y lo importante que es que hagan el funcionamiento integral de la atención médica en su calidad y satisfacción del paciente que a su vez también sería un éxito para el centro.

2 Objetivos

Destacando que los objetivos de las funciones de un auxiliar administrativo en atención primaria son necesarios para garantizar un buen trabajo, una calidad máxima en la atención y accesible en el sistema de salud. Siendo como objetivos clave:

- Coordinación de citas: programar las citas de forma que garanticen minimizar los tiempos de espera y asegurar que los pacientes sean atendidos cuanto antes.
- Registro de pacientes: mantener una actualización de los registros de los pacientes, para así facilitar una atención coordinada y continua.
- Atención al paciente: dar un servicio al paciente resolviendo dudas, solucionando problemas de la mejor forma y que queden cubiertas las necesidades del paciente y sobre todo y siempre siendo amables.
- Gestión de expedientes médicos: el auxiliar administrativo siempre debe asegurarse de que los expedientes médicos estén completos, organizados y sean siempre de fácil acceso para el personal médico, para así evitar errores y mejorar siempre la atención.
- Facturación y Seguros: realizar con precisión todas las facturas y las reclamaciones pertinentes de los seguros médicos para garantizar la viabilidad financiera del centro.
- Confidencialidad de la Información: siempre mantener con la protección de datos la confidencialidad de toda la información médica del paciente.
- Comunicación efectiva: facilitar la comunicación entre el paciente y el personal médico y así asegurarse que toda la información se comparta de manera comprensible.
- Eficiencia operativa: gestionar de manera eficiente los recursos y suministros para ayudar a minimizar los costos y desperdicios.
- Mejora continua: realizar programas de desarrollo profesional para tener actualizados y mejorar las prácticas y calidad de atención al paciente.
- Experiencia del paciente: tener siempre un trato cordial para que el paciente se encuentre en todo momento cómodo y conseguir una relación fuerte y positiva.

En resumen estos objetivos lo que hacen es que con el buen funcionamiento del auxiliar administrativo en atención primaria, creara una calidad excelente entre el centro y el paciente para el bienestar de este.

3 Metodología

La metodología de las funciones de Auxiliar Administrativo en atención primaria implica que las citas estén coordinadas, tener un registro de los pacientes, realizar todas las facturas que sean precisas, el servicio y atención del paciente, la gestión de todos los expedientes médicos garantizando calidad y eficacia en la atención.

4 Resultados

Los resultados en las funciones de auxiliar administrativo en atención primaria tienen una vital importancia en la calidad y eficacia de la atención médica. Los resultados clase son:

- Coordinación Eficiente de Citas: una programación coordinada de citas reduce los tiempos de espera y hace que los pacientes tengan su cita lo antes posible, esto lleva a una mejor gestión del tiempo y recursos clínicos.
 - Registros precisos y actualizados: mantener todos los registros actualizados y en perfecto estado, así se evitarán errores y los médicos podrán tomar decisiones sin errores y será una mejor calidad de atención.
 - Satisfacción del Paciente: siempre se recibirá amable al paciente y se le escuchará y resolverá cualquier duda o problema. Esto hace que el paciente se encuentre satisfecho y se cree un vínculo positivo con el centro.
- Gestión financiera: la facturación precisa y los seguros médicos bien gestionados, aseguran una gran estabilidad en a financiera del centro permitiendo así invertir en recursos y mas servicios de calidad.
- Confidencialidad y cumplimiento normativo: respetar la ley de protección de datos manteniendo la privacidad y confidencialidad de la información de los pacientes, hace que tenga una buena reputación del centro.
 - Flujo de trabajo Eficiente: la resolución de problemas y gestionar bien los expedientes, hace que haya mas fluidez en el trabajo de un auxiliar administrativo por lo que lleva a reducir interrupciones y mejorar las operaciones del centro.
 - Mejora continuada de Procesos: realizar programas de formación que ayuda a mejorar las habilidades y conocimientos del auxiliar administrativo, generando una mayor calidad en la atención.

-Experiencia positiva: al final en lo que concluye todo el proceso es que el paciente tenga una experiencia positiva con el centro. Por eso cuando los auxiliares administrativos hacen bien sus funciones y de manera efectiva sus procesos, los pacientes siempre se sentirán bien atendidos y creará una gran calidad en la atención del paciente y esta una confianza con el centro.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión con las funciones de auxiliar administrativo en atención primaria son esenciales para la operación positiva de los centros de salud. Su habilidad y capacidad de coordinar las citas, mantener actualizados todos los registros precisos de los pacientes, dar un buen trato y servicio excepcional al paciente y asegurar la confidencialidad de toda la información obtenida del paciente son cosas fundamentales y de vital importancia.

Todo esto lo que hace es mejorar la eficiencia operativa y sobre todo la satisfacción del paciente junto al éxito financiero del centro.

Los auxiliares administrativos de atención primaria desempeñan un gran papel al ser el primer punto de contacto con el paciente, ejercen un papel muy importante en la construcción de hacer una relación de confianza con el paciente y el Sescam. Consiguiendo esto la atención será mas efectiva y primaria, asegurando una atención accesible y de calidad en Castilla-La Mancha, construyendo una relación solida entre la comunidad y el sistema de salud, lo que beneficia a todos los usuarios.

6 Bibliografía

- 1.Revista Ocronos.
- 2.<http://oposicionescastillalamancha.es>.
- 3.<http://revistamedica.com>.
- 4.congresosicepa.com.

Capítulo 775

EDUCACIÓN SANITARIA. IMPORTANCIA DE SU IMPLANTACIÓN EN LA SOCIEDAD PARA QUE ESTA SEA MÁS SANA

ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ

1 Introducción

Aunque se puede decir que la actual visión del concepto de promoción de la salud tiene sus bases en la Carta de Ottawa de 1986 elaborada por la Organización Mundial de la Salud junto a varias delegaciones de diversos países, el término "promoción de la salud" tiene su origen en Escocia, en el año 1820, cuando el profesor de medicina W.P. Alison descubrió la relación entre la pobreza y la enfermedad.

La educación sanitaria es una intervención social llevada a cabo por los sistemas de distintos países que se basa en modificar de manera consciente y continuada el comportamiento para afrontar los problemas de salud. Así podemos encontrar sociedades donde la educación sanitaria de sus habitantes ayuda a crear entornos más saludables de los que estos se benefician tanto física como psicológicamente. Una muestra de la importancia de la educación sanitaria en la población la encontramos en el desarrollo de normativas y leyes que la favorecen. En España, la propia Constitución, en su artículo 43.1 se señala que "los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio" mostrando que la salud física va de la mano de otros factores sociales y educativos y la toma de conciencia sobre ello por parte de las instituciones.

En este capítulo se abordarán los factores sociales que influyen en la salud y se destacarán los elementos más significativos a la hora de planear la educación sanitaria entre la población

2 Objetivos

- Exponer los elementos que influyen en la educación de la salud.
- Mostrar cómo se promueve la salud en función de los distintos grupos de edad de los individuos

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud en su carta de Ottawa de 1986, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva.

La misma Organización Mundial de la Salud relaciona, en el año 2000, un nivel de salud suficiente de los individuos con una mayor productividad y la participación activa en la vida social de la comunidad donde viven.

Los principales factores sociales que influyen en la salud son:

- Vivienda y trabajo
- Nivel de escolaridad
- Ingresos económicos
- Pautas culturales.

Estos factores sociales determinarán los elementos que hay que tener en cuenta al desarrollar la estrategia de educación de la salud, que serían los siguientes:

- 1- Políticas escolares sobre la salud
- 2-Entorno físico de la escuela
- 3-Entorno social de la escuela

4-Las relaciones entre la escuela y la comunidad

5-Desarrollo de habilidades personales para una vida saludable

6-Los servicios escolares de salud.

La promoción de la salud está enfocada hacia la salud y el bienestar futuros, por lo que es en el sistema educativo donde se debe implantar para el mejor desarrollo físico, psico-social y emocional de individuo

En la edad adulta se padecen en su mayoría enfermedades denominadas "no transmisibles", relacionadas estas con hábitos de vida no saludables, como la diabetes o enfermedades cardiovasculares.

La calidad de vida de un individuo en relación con la salud se entiende como la percepción subjetiva influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Una forma de promover la educación sanitaria en adultos es a través de la aplicación de técnicas de empoderamiento de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, el empoderamiento de la salud es un proceso social, cultural, psicológico o político que permite expresar a las personas, de manera individual o colectiva, sus necesidades o preocupaciones.

Con el empoderamiento de la salud, cada sujeto es el protagonista en la toma de decisiones y en las acciones que afectan a su salud, lo que le dará un mayor control sobre sí mismo.

5 Discusión-Conclusión

Una sociedad que promociona la implantación de la educación sanitaria en el sistema educativo invierte en una sociedad mejor. Los niños que crecen en entornos saludables alcanzan mejores resultados en sus estudios, además de llegar a la adultez y madurez en mejores condiciones de salud.

Las cifras de sobrepeso y obesidad infantil en España son las más altas de Europa, por lo que incidir en fomentar una alimentación sana y la práctica de ejercicio físico en los centros educativos es un deber de las instituciones para definir los futuros estilos y calidad de vida adulta.

Los poderes públicos deberán proveer a los ciudadanos adultos de espacios donde se relacionen de forma activa con otras personas, donde puedan realizar actividades físicas y facilitarles el acceso a un ocio adecuado, todo ello de acuerdo a su edad y condiciones.

La promoción de un envejecimiento activo por parte de las sociedades influye favorablemente en los individuos que forman parte de ellas, lo que podría derivar en una disminución del gasto público en salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 776

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE IMPLANTE VÍTREO

MAGDALENA SALAZAR CANO

CARMEN MORA DÍAZ

GREGORIA DUQUE LORENTE

PABLO MARTÍN SERRANO

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La consulta de implante vítreo es un procedimiento médico oftalmológico que implica la inserción de un implante de gel de silicona en el ojo para tratar una serie de condiciones oculares. El vítreo es una sustancia gelatinosa que llena el espacio en el centro del ojo y puede experimentar cambios patológicos que afectan la visión.

El objetivo principal de esta consulta es abordar problemas oculares como desprendimiento de retina, hemorragias vítreas, retinopatía diabética avanzada o traumas oculares graves. Estas afecciones pueden causar pérdida de visión o ceguera si no se tratan adecuadamente.

El procedimiento implica la eliminación del vítreo natural del ojo y su reemplazo por el implante de gel de silicona, que mantiene la forma del ojo y proporciona

soporte estructural. Este gel de silicona es biocompatible y no se degrada con el tiempo.

La consulta de implante vítreo es realizada por un oftalmólogo especializado en cirugía vitreorretinal y se lleva a cabo en un entorno quirúrgico. El paciente generalmente recibe anestesia local o general según la complejidad del caso.

Después de la consulta, se requiere un período de recuperación durante el cual el paciente debe seguir las indicaciones médicas cuidadosamente. Esto puede incluir el uso de gotas oculares, restricciones en actividades físicas y seguimiento médico regular.

La consulta de implante vítreo es un procedimiento oftalmológico vital para tratar afecciones graves del ojo que pueden amenazar la visión. Su objetivo es restaurar la salud ocular y mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de una intervención quirúrgica precisa y especializada.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas del hospital.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel esencial en la consulta de implante vítreo, contribuyendo al funcionamiento efectivo y seguro del entorno médico. Sus funciones abarcan diversas áreas que garantizan el bienestar de los pacientes y el apoyo al personal médico. Aquí, se describen las principales responsabilidades del celador en este contexto.

Asistencia al paciente: El celador recibe a los pacientes en la consulta, proporciona información básica sobre el procedimiento y el proceso de admisión, y los acompaña a las áreas pertinentes, como la sala de espera, consultorios y quirófanos. Deben ser amables y empáticos para tranquilizar a los pacientes ansiosos.

Logística y preparación de la sala: Preparar la sala de consulta y el quirófano es fundamental. El celador se encarga de asegurarse de que todo esté limpio, organizado y que los suministros médicos necesarios estén disponibles y en buen estado.

Apoyo al equipo médico: Colabora con el equipo médico y de enfermería en la preparación del paciente para la cirugía, lo que incluye ayudar en la higiene, el posicionamiento y la colocación de los materiales quirúrgicos esterilizados. También puede asistir durante la cirugía al entregar instrumentos y mantener la esterilidad del área.

Transporte seguro de pacientes: Es responsable de trasladar a los pacientes de manera segura en camillas o sillas de ruedas desde su habitación o sala de espera hasta la sala de operaciones y viceversa. Deben ser cuidadosos para evitar lesiones o molestias innecesarias.

Comunicación efectiva: El celador debe mantener una comunicación constante y eficaz con el personal médico y de enfermería para coordinar las actividades y asegurarse de que el paciente reciba la atención adecuada en cada etapa del proceso.

Garantizar la privacidad y el respeto: Es crucial que el celador proteja la privacidad y la dignidad de los pacientes en todo momento. Deben asegurarse de que las cortinas estén cerradas y que se respeten las normas de confidencialidad.

Seguridad y emergencias: Deben conocer las medidas de seguridad y protocolos de emergencia, y estar preparados para actuar en caso de situaciones inesperadas, como incendios o evacuaciones.

Limpieza y mantenimiento: Contribuyen a mantener las áreas limpias y desinfectadas, ayudando en la limpieza de equipos y superficies después de cada procedimiento.

El celador desempeña un papel multifacético y esencial en la consulta de implante vítreo. Su labor abarca desde el cuidado y la comodidad de los pacientes hasta la colaboración con el equipo médico, garantizando un entorno seguro y

eficiente para la realización de los procedimientos oftalmológicos. Su profesionalismo y atención meticulosa son fundamentales para el éxito de la consulta y la satisfacción del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El buen funcionamiento de la consulta de implante vítreo depende en gran medida de la colaboración y el compromiso del celador. Para asegurar un entorno óptimo, es fundamental que el celador se enfoque en dos aspectos clave: la atención al paciente y la eficiencia operativa.

En primer lugar, la atención al paciente debe ser su principal prioridad. Deben mostrar empatía y comprensión hacia los pacientes, brindándoles apoyo emocional y físico durante su estancia en la consulta. Esto incluye explicar de manera clara los procedimientos, escuchar sus preocupaciones y garantizar que se sientan cómodos y seguros en todo momento.

En segundo lugar, la eficiencia operativa es esencial. El celador debe trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería, asegurándose de que la logística y los suministros estén siempre en orden. Mantener una comunicación fluida y estar preparado para emergencias son aspectos críticos para garantizar la seguridad y el éxito de cada procedimiento. En conjunto, una atención al paciente de calidad y una operación eficiente son clave para el funcionamiento exitoso de la consulta de implante vítreo.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 777

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA EXTERNA DE ELECTROMIOGRAFÍA

MAGDALENA SALAZAR CANO

CARMEN MORA DÍAZ

GREGORIA DUQUE LORENTE

PABLO MARTÍN SERRANO

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La consulta de electromiografía (EMG) es un procedimiento médico utilizado para evaluar la actividad eléctrica de los músculos y los nervios en el cuerpo humano. Esta prueba es esencial para diagnosticar una variedad de trastornos neuromusculares y es una herramienta valiosa para los médicos especializados en neurología y otros campos relacionados.

En términos simples, la EMG registra y analiza la actividad eléctrica de los músculos y los nervios. Durante la consulta, se utiliza un electrodo que se coloca en la piel o se introduce en el músculo, y se registra la respuesta eléctrica mientras el paciente realiza diferentes movimientos musculares. Esta información ayuda a identificar anomalías en la función neuromuscular, como neuropatías, miopatías, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), entre otros.

El objetivo principal de la consulta de EMG es obtener una comprensión precisa de cómo los nervios y los músculos interactúan, lo que puede ser fundamental para determinar el diagnóstico y el plan de tratamiento adecuado para condiciones neuromusculares. La EMG es una herramienta valiosa en la medicina moderna que permite a los profesionales de la salud evaluar y abordar una amplia gama de trastornos neuromusculares, mejorando así la calidad de vida de los pacientes para tener una buena calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas del hospital.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El papel del celador en la consulta externa de electromiografía (EMG) es de gran importancia para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro de este procedimiento médico especializado. Las funciones del celador en este entorno se centran en la atención al paciente, la logística, la colaboración con el equipo médico y la seguridad en la consulta. A continuación, se detallan sus principales responsabilidades:

Atención al paciente: El celador recibe a los pacientes en la consulta de EMG, proporciona información sobre el procedimiento y tranquiliza a aquellos que puedan estar nerviosos o ansiosos. Deben ser amables, comprensivos y estar dispuestos a responder preguntas para asegurar que los pacientes se sientan cómodos.

Preparación de la sala: Es crucial que la sala de EMG esté adecuadamente equipada y preparada. El celador se encarga de asegurar que los equipos, las

camillas y los suministros necesarios estén disponibles y en condiciones óptimas para su uso.

Asistencia durante la prueba: Colabora con el personal médico durante la realización de la EMG al ayudar en la preparación del paciente, posicionamiento y aplicación de electrodos o agujas según sea necesario. Deben seguir las indicaciones médicas para garantizar la seguridad y comodidad del paciente.

Transporte y movilización: Si es necesario, el celador puede ayudar en el traslado de pacientes desde la sala de espera a la sala de EMG y viceversa, utilizando camillas o sillas de ruedas. Deben hacerlo de manera segura y cuidadosa para evitar lesiones.

Mantenimiento de registros y documentación: Pueden ayudar en la documentación de los procedimientos, asegurándose de que se registren de manera precisa los datos relevantes, como la información del paciente y los resultados de la EMG.

Colaboración con el equipo médico: El celador debe estar en estrecha comunicación con el personal médico y de enfermería para coordinar las actividades y garantizar un flujo de trabajo eficiente durante las consultas de EMG.

Privacidad y dignidad del paciente: Deben asegurarse de que se respete la privacidad de los pacientes, cerrando cortinas y manteniendo la confidencialidad en todo momento.

Seguridad y respuesta a emergencias: Conocen los protocolos de seguridad y están preparados para actuar en caso de situaciones inesperadas o emergencias médicas.

El celador desempeña un papel integral en la consulta externa de electromiografía, brindando apoyo a los pacientes y colaborando estrechamente con el equipo médico para garantizar un entorno seguro y eficiente. Su atención a los detalles, empatía y conocimiento de los procedimientos son esenciales para el éxito de la consulta de EMG y la satisfacción del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un funcionamiento óptimo de la consulta externa de electromiografía (EMG), el celador desempeña un rol crucial. Aquí están mis recomen-

daciones clave:

En primer lugar, la atención al paciente es primordial. Mantener una actitud comprensiva, escuchar sus inquietudes y brindar apoyo emocional son fundamentales. Los pacientes pueden estar ansiosos debido a la naturaleza de la prueba, por lo que ser amable y empático ayuda a crear un ambiente más cómodo y tranquilizador.

En segundo lugar, la comunicación efectiva y la colaboración con el equipo médico son esenciales. Mantener una comunicación constante y fluida garantiza que todos estén informados y coordinados en cada etapa de la EMG. Además, estar preparados para situaciones de emergencia y seguir rigurosamente los protocolos de seguridad son aspectos críticos para garantizar la seguridad de todos en la consulta. El celador, al enfocarse en la atención al paciente y en la eficacia operativa, desempeña un papel esencial para lograr un funcionamiento óptimo de la consulta externa de EMG.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 778

EL TRABAJADOR EN LA ZONA LIMPIA POR LA PLANCHADORA DE LOS HOSPITALES

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

URSULA DIAZ SEGOVIA

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

El trabajo consiste en estar pendiente de todas las cargas de ropa que pueden salir del túnel de lavado; se vacían en carros de transporte con un peso aproximado de cincuenta kilogramos que deben estar perfectamente escurridos; secado y planchado; embalaje y embalaje; y por último también se trabaja la entrega de ropa limpia, por lo que es muy importante tener una buena organización y control en esta parte del lavado. Antes de manipular ropa limpia se debe realizar un control, anotar todas las prendas que salen y almacenarlas en estantes que las protejan del polvo, se deben hacer colchones y almohadas, y todo debe estar limpio al finalizar el ciclo de lavado. En este puesto se realizan funciones tales como: clasificar, planchar y acomodar la ropa con la cual trabaja, teniendo cuidado para

mantenerla en buen estado. Recuenta y entrega la ropa encomendada, a las personas respectivas y los beneficios de la instalación de planchado. Para planchar mucha ropa a la vez, la velocidad es ideal para eliminar rápidamente las arrugas difíciles. No necesitarás llenarlo con tanta frecuencia porque su depósito de agua es más grande. Se recomienda con mayor frecuencia para prendas que se arrugan fácilmente tratarlas con cuidado.

2 Objetivos

Diferenciar las partes de la zona limpia de todas las áreas de del servicio de la plancha y tratar de explicar las funciones que se desarrollan en ella.

3 Metodología

En preparación para este capítulo, se realizó una búsqueda sistemática de libros sobre la información que necesitamos para este capítulo en MAD de 2017, también se consultaron artículos y archivos PDF en la base de datos, y se seleccionaron artículos académicos de las publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La plancha después de pasar por la lavandería y de la zona limpia tiene la responsabilidad de gestionar las cargas mediante carros que llegan desde la zona sucia, como se mencionó anteriormente. En la zona de la plancha es la encargada de separar tanto la parte superior como la inferior del uniforme sanitario y de quirófano. Dado que los pantalones se secan en secadores de manos y se doblan, las chaquetas pasan mojadas por las máquinas plegadoras y se colocan por tallas según su talla, al igual que pijamas, batas, camisones, etc. Es sumamente importante estar atentos a los tiempos de cada una de las prendas lavadas, ya que están programados por tiempos. Los carros que surten ropa limpia deben almacenarse en un área cerrada y deben estar cubiertos en todo momento para mantenerlos libres de contaminación, y deben ser limpiados y desinfectados diariamente con una solución desinfectante por el servicio de medicina preventiva y/o la comisión de infecciones antes de ser almacenado. Todo este tipo de prendas hay que mantenerlas en la lavandería el menor tiempo posible teniendo mucho cuidado de no dejar caer la ropa al suelo ni colocarla sobre superficies sucias. La

ropa será transportada en el área limpia entregándose en las unidades que previamente habían solicitado los servicios hospitalarios ya empaquetada en plástico transparente. En términos generales, no debe haber más del 2 % de humedad en la ropa que se entrega. En el área limpia también se encargan de eliminar o reemplazar cualquier prenda textil que se haya degradado significativamente, ya no pueda cumplir su función prevista y deba ser reemplazada por una prenda nueva para que haya estok en lencería y pueda sustituir a las prendas deterioradas.

5 Discusión-Conclusión

Dado que diariamente existe una gran demanda de prendas que pasan por el mismo proceso una y otra vez, la lavandera debe considerar en qué área se encuentra para proceder de la mejor manera y con rigor. Trabajar en el área limpia es la culminación de todo el proceso que realiza la trabajadora o trabajador de la plancha durante su jornada laboral, del cual la ropa debe salir con la calidad, limpieza y planchado necesaria para brindar el confort de todos aquellos que se encuentran hospitalizados y al llegar la ropa en el mejor estado posibles para llegar a alcanzar ese confort.

6 Bibliografía

[http://www.aestu.org.uy\(pdf\).](http://www.aestu.org.uy(pdf).)
<http://www.saludneuquen.gob>
(pdf).

Capítulo 779

LOS PRODUCTOS QUÍMICOS QUE SE USAN PARA LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y EN LA PLANCHA EN CENTROS SANITARIOS

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

URSULA DIAZ SEGOVIA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Los hospitales, hogares, laboratorios o centros sanitarios necesitan desinfectar y limpiar la ropa mucho más rápido debido a la crisis del Covid-19. Con altas temperaturas y los productos químicos necesarios, las lavanderías industriales hospitalarias se encargan de realizar una profunda desinfección. Los equipos de lavado, planchado, secado y almacenamiento de cosas se limpiarán y desinfectarán frecuentemente. Para la limpieza de edificios, coches, etc. se utilizan soluciones de lejía comercial (unos 30 ml en 1 litro de agua), alcohol (al menos un 30%, pero preferentemente un 95%) y otros productos homologados. Para elegir los mejores productos en cada situación hay que tener en cuenta la naturaleza de los materiales. Entre cada uno de los distintos turnos de trabajo se realizarán limpieza e

higienización de las instalaciones. Al manipular ropa sucia se utilizará el equipo de protección adecuado, como guantes y vestimenta de trabajo. En cualquier caso, si se precisaran otros EPI, se seguirán las indicaciones. No será necesario el uso de EPI más allá de lo requerido por la actividad laboral. Los guantes deben, con carácter general, cumplir la norma UNE EN contra microorganismos. Se deben utilizar guantes que hayan sido verificados de forma independiente para ofrecer protección contra microorganismos dañinos para tareas donde exista un alto riesgo de exposición al Covid-19. Usamos agua caliente para lavar y desinfectar la ropa, y evitamos el uso de lejía siempre que sea posible en favor del peróxido de hidrógeno. Gran parte de la reducción de la carga bacteriana consiste en secar y planchar.

2 Objetivos

Conocer los pasos que debe seguir los trabajadores para una correcta limpieza y desinfección en el servicio de plancha en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización del capítulo, se ha buscado información por diferentes medios como libros especiales sobre la limpieza y páginas de internet con las palabras, desinfección y productos químicos en lavandería y plancha. También en el manual de ropa hospitalaria en la lavandería y en la plancha.

4 Resultados

La limpieza de manchas e impurezas de la ropa se realiza mediante lavado. En cuanto a la composición de los detergentes, es imposible decir si se trata de sustancias que, además de blanqueadores, secuestrantes o álcalis, también contienen tensioactivos que provocan la emulsión de grasas. Todos los tensioactivos tienen algún nivel de propiedades antisépticas. Son elementos que sirven para limpiar cuando se combinan con agua. Las propiedades humectantes de los detergentes facilitan que las telas se mojen al reducir la tensión superficial del agua. - Dispersión: El detergente elimina la suciedad o manchas de los tejidos esparciendo las partículas más pequeñas responsables de la mancha. - Suspensión: Las partículas que se han dispersado deben permanecer en suspensión y no acumularse ni volver a adherir a los tejidos. El proceso de lavado se puede realizar utilizando una

serie de principios activos, cuya composición y proporción definen con precisión el sector del fabricante. Cada fabricante tiene sus propias fórmulas, que perfeccionan y mejoran continuamente. Además del lavado, también pueden surgir otras necesidades, como blanquear o agregar más suavizante. Toda lavandería hospitalaria debe contar con una variedad de programas de lavado adecuados a los distintos tipos de suciedad, tejidos u otras características de la ropa sucia utilizada. El área o sección de planchado es el área más complicada y con mayor personal de toda la lavandería. Hoy en día, todas y cada una de las prendas deben manipularse de forma manual y única. Para algunos procesos, la mano del operador debe intervenir directamente en cada prenda. Los planchadores se encargan de limpiar las instalaciones de los servicios de planchado además de encargarse del planchado a mano o a máquina de todo tipo de prendas que llegan de los centros hospitalarios al servicio nombrado.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de la lavandería es limpiar la ropa sucia y llena de gérmenes para que pueda ayudar al paciente a sentirse más cómodo y cuidado sin dejar de estar libre de gérmenes. Para implementar un programa de lavado básico que tenga en cuenta las particularidades de la ropa a lavar, la lavandería del hospital debe solicitar los productos necesarios. El fabricante presentará los programas y la lavandería los valorará. Prepare el equipo de planchado de prendas de acuerdo con los tejidos que serán tratados. No todo tipo de prendas se pueden planchar en la misma tabla de planchar. Las planchadoras son la máquina más utilizada porque son ideales para planchar ropa suave y ropa de cama.

6 Bibliografía

Lista de los mejores productos para la lavandería industrial: <https://antayjesus.Com/blog/lista-de-los-mejores-productos-para-lavanderia-industrial>
Productos químicos básicos para el desmanchado en tintorería: <https://www.tintoreriaylavanderia.com/tintoreria/81-desmanchado/576-productos-basicos-para-el-desmanchado-en-tintoreria.html>
Operaciones auxiliares de lavandería industrial y de proximidad: <https://prevencion.activamutua.es/wp-content/uploads/2018/06/BUGADERIACAST.pdf>
Personal de lavandería: <https://www.mc-mutual.com/documents/20143/>

47599/lavanderia_es.pdf/12a8d72b-ef2c-a192-0a6b-71c904396561 5. Prevención de riesgos laborales. Lavandería: http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5772/Prevenci%F3n_riesgos_laborales_Lavander%EDa_lectura_f%E1cil.pdf;jsessionid=44A1825D06D49D6FCE160800A395EB6D?sequence=1

Capítulo 780

LOS PROBLEMAS ERGONÓMICOS QUE SE DAN EN EL PERSONAL DE LA PLANCHA EN CENTROS SANITARIOS

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

URSULA DIAZ SEGOVIA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Los trastornos músculo esqueléticos, que están ligados a riesgos ergonómicos y ocurren frecuentemente al levantar objetos pesados o tener una mala higiene postural, pueden afectar a cualquier miembro del personal, incluidos fisioterapeutas, trabajadores de mantenimiento, personal de lavandería y planchado, enfermeras, celadores y cocineros. La mayoría de los accidentes laborales, algunos que pueden parecer menores o sin importancia pero que se acumulan con el tiempo, se producen por una mala manipulación de cargas, levantamientos y empujones excesivos, posturas inadecuadas provocadas por el trabajo o el entorno en el que se realizan. Las zonas del cuerpo más vulnerables son los miembros superiores y la espalda, concretamente la región lumbar dorsal, que es donde con mayor frecuencia se producen lumbalgias, tortícolis y tendinitis en manos y muñecas. Con

el tiempo, pueden desencadenar estas, que son las principales causas de diversas lesiones en cualquier parte del cuerpo. Los movimientos repetitivos que resultan en este tipo de posturas forzadas e inapropiadas son los que causan este tipo de enfermedad. La inflamación, el dolor o la restricción del movimiento en las zonas lesionadas son los síntomas de este tipo de lesión. La mala postura al manipular cargas y levantar pesas contribuye a esta afección en ocupaciones ajenas a la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

Informar y saber los posibles riesgos ergonómicos y lesiones a los que se exponen los trabajadores del servicio de plancha, dependiendo del trabajo que realizan y los diferentes tipos que se llegan a derivar de los riesgos ergonómicos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica basada en una búsqueda extensa en varios libros con las palabras lesiones en plancha, también se ha consultado varias páginas de internet en Google con palabras “riesgos ergonómicos en el servicio de plancha y base de datos de web of science.

4 Resultados

El personal de este servicio se encarga de realizar las tareas de lavado, planchado y embalaje de la ropa hospitalaria y de centros sanitarios. Si bien existen máquinas como grúas, dispensadores, cintas transportadoras y presas que facilitan las tareas y son menos propensas a riesgos ergonómicos, aún trabajan con cargas de gran volumen. Para evitar percances laborales que puedan derivar en lesiones leves, es necesario utilizar cada uno de ellos correctamente y con la formación adecuada. Además de las máquinas y los consumidores, el ruido, la iluminación, la humedad, la temperatura y la ventilación son factores de riesgo adicionales. Las muñecas, los hombros, la columna, las rodillas y los tobillos son las principales zonas de dolor. El calor y el vapor son dos riesgos adicionales en este tipo de trabajo, por lo que en verano sólo se trabaja en turnos de mañana. Por lo general, se recomienda una buena ventilación para reemplazar el aire, crear un ambiente más limpio y mejorar la comodidad de los trabajadores. Muchas de las

máquinas emiten calor, que puede aumentar notablemente y alcanzar temperaturas de hasta 40 grados. La iluminación insuficiente también puede contribuir a otras causas como agotamiento, dolores de cabeza y estrés, así como problemas respiratorios o alergias provocadas por el contacto con productos químicos y gases. Para que el espacio de trabajo sea adecuado, la temperatura debe estar entre 14 y 25 °C, y la humedad entre 30 y 70 %. Cada lugar de trabajo debe realizar periódicamente controles de seguridad, exámenes médicos y actualizaciones de capacitación para abordar determinadas posturas y reducir el riesgo de accidentes laborales y evitar bajas innecesarias que afectarían al trabajo de equipo, por eso de la importancia de cumplir las normas de los riesgos laborales.

5 Discusión-Conclusión

Para realizar correctamente su trabajo y prevenir posibles lesiones menores, todos los empleados del servicio de lavandería y planchado deben estar adecuadamente capacitados en manejo de carga, levantamiento de pesas y, lo más importante, buena postura que resulten en accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, o ambas. Para una buena higiene postural se deberán sustituir las planchas manuales por calendarios en el servicio de planchado, y en la zona de lavadoras los pesos de los carros no deberán superar los 25 kg. Utilice ayudas mecánicas, como la maquinaria especial para esos trabajos, para evitar manipular cargas y evitar accidentes innecesarios.

6 Bibliografía

Ley 31/1995 de 8 de noviembre. - Real decreto 486/1997 - Real decreto 487/197 - Riesgos ergonómicos www.revistamedica.com/riesgos-ergonomicos
- <https://trebal.gencat.cat>

Capítulo 781

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA EXTERNA

MAGDALENA SALAZAR CANO

CARMEN MORA DÍAZ

GREGORIA DUQUE LORENTE

PABLO MARTÍN SERRANO

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La densitometría es una técnica utilizada en diversos campos, como la medicina, la geología y la física, para medir la densidad de un material o sustancia. El concepto fundamental de la densitometría se basa en la relación entre la cantidad de masa presente en un volumen específico y las propiedades ópticas o radiológicas de dicho material.

En medicina, la densitometría ósea es una aplicación crucial. Se utiliza para evaluar la densidad mineral ósea, un factor determinante en la salud de los huesos. Esta técnica es esencial en la detección y seguimiento de enfermedades como la osteoporosis, que debilita los huesos y aumenta el riesgo de fracturas.

En geología, la densitometría se usa para determinar la composición y densidad de las rocas, lo que proporciona información valiosa sobre la formación de la Tierra y la exploración de recursos naturales.

En física, la densitometría se aplica en la detección y medición de la radiación. Los densitómetros radiológicos miden la absorción de rayos X en tejidos y sustancias, siendo útiles en la medicina diagnóstica.

La densitometría es una técnica que mide la densidad de materiales mediante diversos métodos, como la absorción de radiación o la interacción de la luz. Su aplicación es variada y esencial en campos como la medicina, la geología y la física, brindando información crucial para diagnósticos, investigaciones y exploración de recursos.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas del hospital.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El rol del celador en una consulta de densiometría es fundamental para garantizar un entorno seguro y eficiente para los pacientes y el personal médico. Aunque las funciones específicas pueden variar según la institución de salud y las políticas internas, aquí se presentan las tareas clave que suele desempeñar un celador en este entorno:

Recepción y atención al paciente: El celador recibe a los pacientes en la consulta de densiometría, proporcionándoles información sobre el procedimiento, la preparación necesaria y los tiempos de espera. También se encarga de registrar la información básica del paciente, como su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación.

Preparación de la sala: Antes de que comience el procedimiento de densitometría, el celador se asegura de que la sala esté limpia y equipada con los suministros necesarios. Esto incluye la preparación de la máquina de densitometría y la verificación de su correcto funcionamiento.

Asistencia durante el procedimiento: Durante la densitometría, el celador puede ayudar al paciente a posicionarse correctamente en la máquina y a mantener una postura estable durante la exploración. Esto es especialmente importante para obtener resultados precisos.

Seguridad del paciente: El celador debe estar atento a cualquier señal de malestar o necesidad por parte del paciente. En caso de emergencia o situaciones inesperadas, el celador debe estar preparado para actuar y solicitar ayuda al personal médico.

Movilidad de pacientes: En algunos casos, los pacientes pueden tener dificultades de movilidad o necesitar asistencia para desplazarse. El celador puede ayudar a transportar a los pacientes desde y hacia la sala de exploración, asegurándose de que lo hagan de manera segura.

Limpieza y desinfección: Después de cada procedimiento, el celador puede participar en la limpieza y desinfección de la sala y del equipo utilizado. Esto es esencial para mantener un ambiente higiénico y seguro para los siguientes pacientes.

Comunicación y colaboración: El celador debe mantener una comunicación fluida con el personal médico y de enfermería, transmitiendo cualquier información relevante sobre los pacientes o el funcionamiento de la consulta de densitometría.

El celador desempeña un papel crucial en la consulta de densitometría al garantizar la comodidad y seguridad de los pacientes, la preparación adecuada de la sala y la colaboración efectiva con el equipo médico. Su presencia y apoyo contribuyen significativamente al funcionamiento eficiente de este entorno médico especializado.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta de densitometría, el celador desempeña un papel esencial. En primer lugar, es crucial que mantenga una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería. Esto implica informar sobre cualquier situación inusual o necesidad del paciente, así como estar al

tanto de las indicaciones y protocolos específicos de la consulta. La comunicación fluida garantiza un flujo de trabajo eficiente y una atención de calidad.

Además, el celador debe enfocarse en la seguridad y el bienestar de los pacientes. Esto incluye asistir a los pacientes durante el procedimiento, asegurándose de que estén cómodos y en la posición adecuada. También es esencial estar preparado para situaciones de emergencia y seguir los protocolos de seguridad establecidos. Al colaborar estrechamente con el personal médico, mantener un ambiente limpio y ordenado, y priorizar el cuidado del paciente, el celador contribuye significativamente al éxito y la calidad de la consulta de densiometría.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 782

LOS CELADORES COMO APOYO EN LA INCLUSIÓN Y LA ACCESIBILIDAD

LUIS ANGEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

JUAN ANTONIO NIEBLAS RODRÍGUEZ

M^a DEL CARMEN MUÑOZ COBOS

1 Introducción

La mayoría de las veces la comunicación se basa en el uso del lenguaje oral, que es una de las formas fundamentales en las que nos relacionamos con nuestro entorno y nos adaptamos a sus características en función de nuestras necesidades. Para poder tomar decisiones que afecten su vida diaria y su funcionalidad, una persona debe ser capaz de comunicarse eficazmente a través del lenguaje oral. Esto puede hacer que sea más fácil que un individuo se aísle y se vuelva dependiente. Para ayudar a las personas que tienen dificultades con la comunicación a integrarse en la sociedad, se debe realizar una adaptación del lenguaje oral. Para lograr esto se utilizan sistemas alternativos y complementarios. En caso de que surjan tales dificultades, una variedad de herramientas y recursos pueden ayudar a estas personas a interactuar a través de una comunicación alternativa, facilitando la comunicación. Los celadores desempeñan un papel primordial en el sector de la salud a este respecto. La inclusión y la accesibilidad debe ser una prioridad en el sistema nacional de salud; por ello, todos los trabajadores han de tener cierta formación básica que garantice este derecho, promoviendo su actualización desde el propio sistema de forma anual, de manera que dichos profesionales conozcan las nuevas técnicas, basadas en evidencia científica.

2 Objetivos

Identificar y exponer la implicación del personal celador a la hora de garantizar la accesibilidad y la inclusión del paciente con dificultades en la comunicación.

3 Metodología

Con el fin de recopilar artículos actualizados sobre el tema de estudio, se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando diversas bases de datos como fuentes científicas, como Pubmed, Scielo o Google Scholar. Los resultados de la búsqueda se examinaron en busca de términos relacionados con el tema de la obra y las fechas se limitaron a los 15 años anteriores.

4 Resultados

Como se mencionaba previamente, la inclusión y la accesibilidad son un derecho de cualquier paciente que accede al sistema nacional de salud. Sin embargo, en la práctica, muchos pacientes se encuentran con barreras y escollos, especialmente a nivel comunicativo, cuando tienen un problema de salud. Habrá ciertos profesionales que interactuarán de forma más frecuente y habitual con dichos pacientes: es el caso de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y de los celadores, que han de disponer de herramientas que les permitan apoyar al enfermo.

Los celadores pueden desempeñar un papel poco común pero crucial en la identificación y eliminación de barreras para los pacientes con discapacidades o necesidades especiales en el contexto de la accesibilidad y la inclusión.

Los celadores pueden recibir formación sobre cuestiones de accesibilidad para todas las personas y concienciación sobre las necesidades de diversas poblaciones de pacientes. Pueden trabajar junto con equipos y en la planificación para garantizar que los pacientes con discapacidad visual o auditiva, movilidad limitada o ambas puedan acceder al entorno hospitalario.

Además, pueden ayudar con la adaptación de las áreas de espera y atención, facilitando el acceso de las personas con discapacidad a la atención médica y asegurándose de que la comunicación sea inclusiva y clara para todos.

Todos los pacientes pueden, y deben, recibir atención médica respetuosa y adecuada, con la ayuda de celadores que promueven activamente la accesibilidad y la inclusión. Esto ayudará a crear un entorno más igualitario y respetuoso.

En resumen, los celadores desempeñan un papel peculiar, pero crucial, en la industria médica. Estos profesionales pueden mejorar significativamente el nivel de atención y la experiencia del paciente, fomentando la sostenibilidad ambiental, facilitando terapias alternativas, organizando programas culturales, identificando situaciones de abuso y promoviendo la accesibilidad.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que los pacientes y usuarios de la industria de la salud se presentan en una variedad de configuraciones funcionales, incluidas aquellas con problemas de comunicación. Para interactuar con estas personas y garantizar que tengan acceso a todos sus derechos sanitarios, tanto el personal sanitario como el no sanitario deben estar formados en métodos o alternativas de comunicación. Es el caso concreto de los celadores, quienes se relacionan de forma muy frecuente con el paciente. Es fundamental reconocer y valorar su contribución especial a la mejora de la asistencia sanitaria y la salud de todos aquellos que participan en ella.

6 Bibliografía

Nistal, F. F., & Catalán, V. B. Por un espacio socio-sanitario inclusivo For an inclusive socio-sanitary space.

López-Cala, G. (2013). La accesibilidad en el Sistema Sanitario Público Andaluz, el caso del distrito sanitario de Jaén.

Leturia Arrazola, F. J., Díaz Pérez, O., Sannino, C., & Martínez de la Eranueva, R. (2014). La atención sanitaria a las personas con discapacidad.

Capítulo 783

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DEL COPROCULTIVO

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

1 Introducción

El coprocultivo es un procedimiento de laboratorio utilizado para identificar microorganismos patógenos que pueden causar infecciones gastrointestinales, como la gastroenteritis, la salmonelosis o la shigelosis. Esta prueba se realiza mediante el análisis de una muestra de heces del paciente para detectar la presencia de bacterias, parásitos o virus que pueden estar causando la enfermedad.

El proceso de coprocultivo comienza con la recolección de una muestra de heces del paciente. Esta muestra se coloca en un medio de cultivo especial en el laboratorio, donde se permite que los microorganismos presentes en las heces crezcan

durante un período de tiempo específico. Luego, se analizan las colonias bacterianas o parásitos que han crecido en el medio para su identificación y se realizan pruebas de sensibilidad a los antibióticos para determinar qué tratamientos pueden ser efectivos.

El coprocultivo es una herramienta valiosa en la medicina, ya que permite a los profesionales de la salud diagnosticar y tratar adecuadamente las infecciones gastrointestinales. Además, proporciona información importante sobre la epidemiología de las enfermedades infecciosas, lo que ayuda en la identificación de brotes y la implementación de medidas de control.

El coprocultivo es un análisis de laboratorio utilizado para identificar microorganismos patógenos en las heces de los pacientes con infecciones gastrointestinales. Esta prueba es esencial para el diagnóstico y tratamiento adecuados de estas enfermedades y contribuye a la salud pública al detectar y controlar brotes de enfermedades infecciosas.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la recogida del coprocultivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juegan un papel fundamental en la recogida de coprocultivos, un procedimiento crucial para el diagnóstico de infecciones gastrointestinales. Aquí se describen sus funciones clave en este proceso:

Educación y preparación del paciente: Los TCAE deben explicar al paciente la

importancia de la prueba y cómo recolectar una muestra de heces de manera adecuada y estéril. Esto incluye proporcionar instrucciones sobre la higiene personal y la obtención de una muestra representativa.

Suministro de materiales: Es responsabilidad de los TCAE proporcionar al paciente el material necesario para la recogida, como un recipiente de recolección estéril y un folleto con instrucciones por escrito. Aseguran que el paciente tenga todo lo necesario para realizar el procedimiento correctamente.

Asistencia durante la recolección: Algunos pacientes pueden necesitar asistencia debido a limitaciones físicas o problemas de movilidad. Los TCAE deben estar listos para brindar apoyo con sensibilidad y respeto, garantizando la comodidad del paciente.

Etiquetado y registro: Una vez que el paciente ha recogido la muestra de heces, los TCAE deben asegurarse de que esté debidamente etiquetada con la información correcta, como el nombre del paciente y la fecha y hora de recolección. Además, registran esta información en la documentación médica adecuada.

Transporte de la muestra: Los TCAE son responsables de transportar la muestra de heces al laboratorio de manera segura y oportuna. Siguen protocolos específicos de manejo y almacenamiento para preservar la integridad de la muestra.

Comunicación con el personal de enfermería: Es esencial que los TCAE informen al personal de enfermería o al médico responsable sobre cualquier dificultad que surja durante la recogida de la muestra o cualquier otra observación relevante. Esto garantiza que se aborden las preocupaciones y que se obtengan resultados precisos.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel crítico en la recogida de coprocultivos al educar y preparar al paciente, proporcionar materiales, ofrecer asistencia cuando sea necesaria, asegurar un etiquetado adecuado y un registro preciso, y garantizar que la muestra se transporte de manera segura al laboratorio. Su contribución es esencial para el diagnóstico y tratamiento adecuados de las infecciones gastrointestinales, lo que resulta en una atención médica de alta calidad para el paciente.

6 Bibliografía

1. Sánchez, M. E. R., Domínguez, S. D., Domínguez, Y. G., & De la Corte Sánchez, M. (2009). Proceso enfermero en la consulta de urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente. *Enfuro*, (110), 23-27.

Capítulo 784

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE PARÁSITOS EN HECES

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

1 Introducción

La técnica de recogida de parásitos en heces es un procedimiento de laboratorio utilizado para detectar la presencia de parásitos intestinales en las muestras de heces de un paciente. Este análisis es fundamental para el diagnóstico de infecciones parasitarias que afectan el tracto gastrointestinal y puede proporcionar información valiosa sobre la salud del paciente.

El proceso de recogida de parásitos en heces generalmente comienza con la obtención de una muestra de heces del paciente. Esta muestra se recoge en un re-

ciente limpio y estéril proporcionado por el laboratorio. Es importante que la muestra sea fresca y representativa de la actividad parasitaria en el tracto gastrointestinal.

Una vez recolectada la muestra, se somete a un proceso de análisis en el laboratorio. Esto puede incluir la concentración de las muestras y la observación microscópica para identificar la presencia de parásitos, como helmintos (gusanos intestinales) o protozoos (organismos unicelulares). Además, en algunos casos, se pueden realizar técnicas de tinción o cultivo para una identificación más precisa de los parásitos presentes.

La técnica de recogida de parásitos en heces es esencial para el diagnóstico preciso de infecciones parasitarias y puede ayudar a los profesionales de la salud a determinar el tratamiento adecuado. Además, proporciona información importante sobre la epidemiología de las infecciones parasitarias y puede ser valiosa en la identificación de brotes y en la implementación de medidas de control.

La técnica de recogida de parásitos en heces es un procedimiento de laboratorio que se utiliza para identificar parásitos intestinales en las muestras de heces de los pacientes. Este análisis es fundamental para el diagnóstico y tratamiento adecuados de las infecciones parasitarias y contribuye a la salud pública al detectar y controlar las enfermedades parasitarias.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel importante en la técnica de recogida de parásitos en heces, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento de infecciones parasitarias gastrointestinales. Aquí se describen sus funciones clave en este proceso:

Educación y preparación del paciente: Los TCAE deben proporcionar información al paciente sobre la importancia de la prueba y cómo recolectar una muestra de heces adecuada. Explicar la necesidad de higiene personal y la obtención de una muestra representativa es esencial para garantizar resultados precisos.

Suministro de materiales: Es responsabilidad de los TCAE proporcionar al paciente los materiales necesarios para la recogida, como un recipiente de recolección de heces estéril. Aseguran que el paciente tenga todo lo necesario para realizar el procedimiento correctamente.

Asistencia durante la recolección: En algunos casos, los pacientes pueden necesitar asistencia para recoger la muestra debido a limitaciones físicas o problemas de movilidad. Los TCAE deben estar listos para brindar apoyo con sensibilidad y respeto, asegurando la comodidad del paciente.

Etiquetado y registro: Una vez que el paciente ha recogido la muestra de heces, los TCAE deben asegurarse de que esté debidamente etiquetada con la información correcta, como el nombre del paciente y la fecha y hora de recolección. Además, registran esta información en la documentación médica adecuada.

Transporte de la muestra: Los TCAE son responsables de transportar la muestra de heces al laboratorio de manera segura y oportuna, siguiendo protocolos específicos de manejo y almacenamiento para preservar la integridad de la muestra.

Comunicación con el personal de enfermería: Es esencial que los TCAE informen al personal de enfermería o al médico responsable sobre cualquier dificultad que surja durante la recolección de la muestra o cualquier observación relevante. Esto garantiza que se aborden las preocupaciones y que se obtengan resultados precisos.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la técnica de recogida de parásitos en heces al educar y preparar al paciente, proporcionar materiales, brindar asistencia cuando sea necesaria, asegurar un etiquetado adecuado y un registro pre-

ciso, y garantizar que la muestra se transporte de manera segura al laboratorio. Su contribución es vital para el diagnóstico y tratamiento adecuados de las infecciones parasitarias gastrointestinales, asegurando atención médica de calidad para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para asegurar una buena realización de la recogida de parásitos en heces es seguir rigurosamente las indicaciones proporcionadas por el personal de salud o el laboratorio. La precisión en cada paso del proceso es esencial para obtener resultados fiables y contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuados. Aquí hay algunas pautas importantes:

Primero, eduque al paciente sobre la importancia de seguir las instrucciones al pie de la letra. Explique la necesidad de higiene personal, incluyendo el lavado de manos antes y después de la recolección. Además, aclare la importancia de recolectar una muestra representativa y fresca.

Segundo, asegúrese de que el recipiente de recolección de heces proporcionado sea utilizado de manera correcta y que la muestra no esté contaminada con orina ni con agua del inodoro. Etiquete claramente el recipiente con la información requerida, incluyendo el nombre del paciente y la fecha y hora de recolección.

Si surge alguna dificultad o pregunta durante el proceso, no dude en comunicarse con el personal de salud para obtener orientación. Siguiendo estas recomendaciones, se maximizará la precisión de la recogida de parásitos en heces, lo que es fundamental para un diagnóstico adecuado y para garantizar una atención médica de calidad.

6 Bibliografía

Sánchez, M. E. R., Domínguez, S. D., Domínguez, Y. G., & De la Corte Sánchez, M. (2009). Proceso enfermero en la consulta de urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente. *Enfuro*, (110), 23-27.

Capítulo 785

PROMOCIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO EN EL ALTA HOSPITALARIA, EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO INFANTIL, TRAS HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS. EL PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

OLGA LÓPEZ DURÁN

SONIA CANO PIQUERAS

MIRIAM SOSA GORDO

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

1 Introducción

El Daño Cerebral Adquirido, DCA, es una lesión producida súbitamente en personas previamente sanas. Supone un gran impacto en la vida y dinámica familiar siendo causa de dependencia en la mayoría de los casos. La importancia de la

terapia ocupacional es fundamental dado que le principal objetivo es alcanzar el mayor grado de independencia en la vida diaria de esa persona.

Tras un Daño Cerebral Adquirido Infantil, DCAI, en caso de hospitalización prolongada, a nivel familiar aparecen múltiples dudas durante la etapa hospitalaria sobre los cuidados. El alta hospitalaria producirá mayores sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad. Todos estos sentimientos suelen disminuir con un acompañamiento terapéutico enfocado en el manejo de las actividades de la vida diaria desde la terapia ocupacional durante el momento del ingreso.

El objetivo de toda hospitalización es la de realizar procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados en el hospital. Estos están proporcionados por profesionales de salud especializados, hasta que médicamente el paciente se estabiliza y puede irse a casa. Pudiendo el equipo estar formado por personal médico y de enfermería, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, neuropsicólogos, etc. El acompañamiento terapéutico desde terapia ocupacional (teniendo en cuenta la participación, formación y/o entrenamiento de los familiares) presenta una serie de ventajas, en comparación con la hospitalización sin esta figura, tanto para el paciente, como para su familia, también para el propio hospital y para la gestión del alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer el abordaje desde terapia ocupacional en el entorno hospitalario a la hora de acompañar el alta hospitalaria y después en el hogar, en caso de hospitalización prolongada en Daño Cerebral Adquirido Infantil.
- Exponer la necesidad de mayor evidencia científica que recoja la importancia para un retorno domiciliario menos traumático y más seguro cuando en el equipo durante el ingreso se incluye tratamiento de terapia ocupacional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, “Promoción del acompañamiento en el alta hospitalaria, en Daño Cerebral Adquirido Infantil, tras hospitalizaciones prolongadas. El papel de la terapia ocupacional”, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo. Este artículo también está basado en la experiencia profesional.

4 Resultados

Están ampliamente descritos los beneficios que supone la presencia de terapia ocupacional en un caso de hospitalización prolongada, tras un Daño Cerebral Adquirido Infantil, DCAI. El gran impacto en la vida y dinámica familiar, es un hecho. Cuando el alta hospitalaria se percibe próxima, suelen aparecer grandes sentimientos de inseguridad sobre los cuidados y una importante vulnerabilidad ante el hecho de sentirse solos en la vuelta a casa. Este retorno domiciliario es posible que sea menos traumático cuando aparece la disciplina de terapia ocupacional durante dicha hospitalización.

Desde terapia ocupacional, en general, los objetivos terapéuticos irán encaminados a alcanzar el mayor grado posible de participación en primer lugar en las actividades básicas de la vida diaria y en concreto a empoderar en los cuidados a los cuidadores principales. Se hace un acompañamiento terapéutico y un abordaje de las actividades básicas de la vida diaria in situ, en el que se irá entrenando en habilidades de manera progresiva, tanto para familia como para paciente, bajo supervisión y a través de la técnica necesaria según cada caso concreto. La práctica repetida en las actividades de la vida diaria que se suele hacer durante terapia ocupacional favorecerá una mayor generalización de los aprendizajes y mayor cuanto más se recree el entorno en el que se va a realizar.

Esta capacitación permite que, a la hora de enfrentarse a realizarlo solos en el entorno domiciliario, haya mayor seguridad. Por tanto, la principal ventaja va encaminada tanto para familia como para paciente. Destacando además lo positivo de que el paciente pueda volver a su marco familiar y la seguridad que el entorno conocido aporta.

Es importante referir que en la mayoría de los casos se ha encontrado un entorno familiar en el que los cuidadores principales están muy implicados en la evolución de sus hijos o familiar. El apoyo positivo, es fundamental, así como que haya implicación familiar, para que estos modelos centrados en la familia funcionen. Suele haber un cuidador principal, en la mayoría de los casos cuidadora, que asume la responsabilidad de los cuidados y esta suele reunir una serie de requisitos para que este abordaje sea positivo.

Otra ventaja suelen referirla desde el servicio de enfermería. Tratando que los pacientes y familiares entienden que el entrenamiento forma parte del proceso terapéutico y que cuanta mayor implicación en las actividades básicas de la vida diaria, sin pedir ayuda o pidiendo la estrictamente necesaria; durante las activi-

dades de aseo, alimentación, transferencias, etc., mayores serán posibilidades de reincorporación a su entorno natural de manera más temprana. Siendo esta una consecuente liberación de trabajo al servicio de enfermería paulatinamente. Además de que, está ampliamente descrito en la literatura, que las largas estancias hospitalarias suponen para la familia un importante desgaste emocional y fatiga física, que es inútil alargar de manera innecesaria.

Por otro lado, el trabajo en equipo transdisciplinar, ayuda también a que los responsables médicos del caso pueden ver de manera más objetiva como y cuanto de preparados están paciente y familia para ofrecer el alta hospitalaria en el momento en el que médicamente el/la paciente está estable. Además de disminuir así la congestión hospitalaria, y disminuir la tasa de infecciones nosocomiales. Suponiendo, por otro lado, un ahorro económico, lo que es favorable para la gestión sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo comentado anteriormente se puede apreciar el predominio de las ventajas de la incorporación de la figura de la terapia ocupacional en los retornos domiciliarios, en concreto con estancias prologadas tras un DCAI, frente a un ingreso convencional en un hospital sin terapeuta ocupacional.

Por otro lado, la figura del terapeuta ocupacional, al realizar un abordaje principal de las actividades básicas de la vida diaria, permite valorar mejor la adhesión al tratamiento y se prevé la positiva reincorporación al entorno domiciliario.

También sería muy conveniente, ya que cada caso es completamente distinto, permitir al terapeuta ocupacional de referencia realizar una valoración in situ del domicilio familiar, de tal manera que pudiera detectar cuáles son las necesidades, las adaptaciones a realizar en el entorno natural, habitación, acceso al domicilio, transporte, así como para determinar qué tipo de cuidados precisa en su “día a día” o actividades que podrá hacer de manera independiente adaptándolos a los medios de los que dispone ese paciente e instruirle a él o sus familiares. Hasta el momento se ha hecho a través de descripción, fotografías y vídeos apoyándonos en el desarrollo tecnológico, pero si bien es verdad que no es suficiente.

6 Bibliografía

1. Afakir, S., & Martínez, D. (2017). Intervención del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista Complutense de Ciencias Veterinarias*, 11(SE), 107-113.
2. Sobreviela, J. M. E., Puerta, D. R., del Corral Usaola, F. S., de la Torre, F. T., & Rodríguez, J. Z. (2005). Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. *International Marketing & Communications*. [Acceso 15 mayo 2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf.
3. Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., ... & Harris, R. (2009). Early discharge hospital at home.
4. Novak, I., & Berry, J. (2014). Home program intervention effectiveness evidence. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 34(4), 384-389.
5. Polonio López, B., & Romero Ayuso, D. M. (2010). Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido.

Capítulo 786

TERAPIA OCUPACIONAL E INTEGRACIÓN SENSORIAL EN SÍNDROME DE DOWN

OLGA LÓPEZ DURÁN

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

SONIA CANO PIQUERAS

MIRIAM SOSA GORDO

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

1 Introducción

El síndrome de Down (SD) o trisomía del par 21, que representa en la actualidad la discapacidad intelectual con mayor prevalencia, es una alteración del desarrollo que consiste en la aparición de un cromosoma extra del par 21. A lo largo de los años se han estudiado las características del sistema nervioso central en el síndrome de Down y sus relaciones con los aspectos motores y sensoriales. La Teoría de la Integración Sensorial (IS), como parte de la terapia ocupacional, es la base de una estrategia terapéutica de considerable interés en la actualidad por su aportación en el tratamiento de niños con dificultades de aprendizaje. Las dificultades de integración sensorial se presentan en niños con variedad de diagnósticos, es el caso de niños prematuros, autismo, parálisis cerebral y niños con SD, entre otros. Esta teoría, profundamente enraizada en conceptos neurobiológicos, fue

inicialmente propuesta por la Dra. Jean Ayres, terapeuta ocupacional doctorada en neurociencias. La doctora Ayres definió la IS como “el proceso neurológico que organiza la sensación del propio cuerpo y del entorno y posibilita el uso eficaz del cuerpo en su entorno”. En el presente capítulo analizamos el procesamiento sensorial de los niños con SD, ya que la manera en la que la procesan interfiere en las rutinas diarias de estos menores y sus familias.

2 Objetivos

1. Dar a conocer el abordaje de terapia ocupacional desde la perspectiva de la integración sensorial en niños y en concreto con diagnóstico de síndrome de Down.
2. Describir el procesamiento sensorial en niños con síndrome de Down según la literatura, así como en qué áreas sensoriales estos niños son más susceptibles de presentar déficit en el procesamiento de la información sensorial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que más relación tienen con el tema de estudio.

Este artículo también está basado en la experiencia profesional desde la terapia ocupacional pediátrica y en concreto desde el abordaje de la integración sensorial como parte del tratamiento global del menor.

4 Resultados

El organismo está sometido constantemente a estímulos sensoriales. En las disfunciones en la integración sensorial, el cerebro no procesa de manera óptima la información sensorial procedente del propio cuerpo y/o la procedente del entorno que le rodea. Cuando esto sucede, los niños no son capaces de organizar su comportamiento, el cerebro no está en las mejores condiciones para aprender, no es capaz de enfrentarse a las demandas del entorno ni de las actividades cotidianas.

La Teoría de la IS describe la Disfunción del Procesamiento Sensorial (DPS) como “el procesamiento neurológico ineficaz de la información recibida a través de los sentidos, causando problemas en el aprendizaje, el desarrollo, y el comportamiento”. Se debe detectar, modular e interpretar de manera óptima un estímulo sensorial para que se lleve a cabo un procesamiento sensorial adecuado. En función de estos procesos se pueden presentar diferentes dificultades en el procesamiento sensorial y serán pertinentes de ser tratadas si interfieren en el día a día.

Las personas con Síndrome de Down deben enfrentarse a múltiples retos en su vida cotidiana, algunos por sus dificultades para organizar la información sensorial que les llega de su propio cuerpo y del exterior. Está demostrado que un recién nacido con SD presenta entre un 10 y un 50% de reducción neuronal. Además, entre los 3 y 5 meses, se reducen los lóbulos frontales y se aplanan los occipitales, disminuyendo el diámetro anteroposterior del mismo. Por otro lado, los análisis volumétricos del cerebelo que se han llevado a cabo en estas personas, indican que este es de menor tamaño con respecto a un cerebelo con desarrollo típico. Inicialmente, se defendía que las dificultades de estos niños para adquirir los hitos de desarrollo eran debidas a las características locomotoras que poseen de hipotonía muscular y laxitud ligamentosa, principalmente. Hoy en día, los expertos apelan a que estas diferencias en cuanto al desarrollo cerebral y reducción neuronal son la causa del retraso en la adquisición de los hitos de desarrollo que los niños con desarrollo típico consiguen a edades más tempranas. Algunos autores apuntan que estos niños necesitan mayor estimulación vestibular que niños con desarrollo típico para responder de manera óptima. Los niños con SD presentan dificultades de control postural, algunos estudios lo asocian a dificultades en la coordinación motora, problemas para integrar adecuadamente la información sensorial procedente tanto del exterior como de su propio cuerpo o a sus movimientos torpes; dificultades para organizar la información propioceptiva.

Winnie Dunn, al crear el cuestionario de evaluación del Procesamiento Sensorial, desarrolló un modelo de Procesamiento Sensorial. Según este modelo basado en el umbral neurológico de la persona y sus propias estrategias de autorregulación, el procesamiento sensorial lo divide en: bajo registro, evitador de sensaciones, buscador de sensaciones y sensitivo sensorial. En el caso de las personas con SD se les englobaría en el cuadrante de bajo registro. Para ellos, la mayoría de los acontecimientos del día a día no son lo suficientemente intensos para estimular su procesamiento. Todo ello les interfiere en sus actividades de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

La literatura engloba el procesamiento sensorial en los niños con Síndrome de Down en el cuadrante de bajo registro. Ellos necesitarían una mayor cantidad/intensidad de estímulos sensoriales. La manera que tienen de procesar los estímulos sensoriales les interfiere en sus actividades de la vida diaria, dando respuestas más lentas o respondiendo de manera desorganizada.

Desde el abordaje de Integración Sensorial e incorporando dietas sensoriales en sus rutinas diarias, que supongan una gran carga de estímulos teniendo en cuenta sus respuestas adaptativas y supervisado por la terapeuta ocupacional de referencia, favorecerá respuestas más ajustadas a las tareas que se vayan a hacer a posteriori.

No obstante, cabe destacar la necesidad de mayor evidencia científica desde terapia ocupacional, que recoja los beneficios del abordaje dentro del neurodesarrollo, de la perspectiva de la integración sensorial con niños con SD, y cómo este abordaje facilita la interacción con su entorno en las rutinas diarias tanto al menor con SD como a su familia, favoreciendo así el desarrollo de la autonomía del menor que es el fin último de la terapia ocupacional.

6 Bibliografía

1. Ayres, A. J., & Robbins, J. (2008). La integración sensorial en los niños: desafíos sensoriales ocultos. Tea.
2. Serna, S. E., Torres, K. K., & Torres, M. A. (2017). Desórdenes en el procesamiento sensorial y el aprendizaje de niños preescolares y escolares: revisión de la literatura. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 17(2), 81-89.
3. Goldsmith, H. H., Van Hulle, C. A., Arneson, C. L., Schreiber, J. E., & Gernsbacher, M. (2006). A population-based twin study of parentally reported tactile and auditory defensiveness in young children. *Journal of abnormal child psychology*, 34, 378-392.
4. Landinez Ariza, Y. A. (2023). La sensopercepción para el desarrollo de habilidades motrices, sociales, cognitivas y comunicativas en un niño con síndrome de Down. Estudio de caso.
5. Mosquera Carcelen, K. N. (2023). Integración sensorial en el desarrollo de las habilidades del pensamiento en niño de 5 a 6 años (Bachelor's thesis, UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL: Facultad De Filosofía, Letras Y Ciencias De La Educación).

6. Fernández, S. B. (2012). Un programa de actividad física en personas con síndrome de down. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (16), 3-17.
7. Bruni, M., Cameron, D., Dua, S., & Noy, S. (2010). Reported sensory processing of children with Down syndrome. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(4), 280-293.
8. Condemarin, P. (2011). *Terapia ocupacional y el niño con síndrome de Down*.
9. Briceño, G., & Campos, K. (2006). Descripción del Nivel de Desarrollo Psicomotor en niños con Síndrome de Down: Creaciones de una tabla descriptiva. *Revista Médica de Chile*.

Capítulo 787

LAS ZONAS VERDES Y LA SALUD. VISIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

OLGA LÓPEZ DURÁN

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

MIRIAM SOSA GORDO

SONIA CANO PIQUERAS

1 Introducción

Están ampliamente descritos los beneficios de las zonas verdes en la salud. A lo largo de la vida, durante las diferentes etapas vitales, buscamos disfrutar de momentos en zonas verdes y/o naturaleza, siendo o no conscientes de los beneficios de esta. Si hablamos desde la visión de la Terapia Ocupacional hospitalaria, sea en el ámbito que sea y en cualquier etapa vital, un ingreso supone la mayor parte de las veces no poder salir del hospital y perder el contacto vital con la naturaleza.

Humanizar la asistencia hospitalaria significa hacerla digna del ser humano y coherente. La humanización de la salud y humanización de la asistencia hospitalaria deberían ir de la mano. Y probablemente deberían de incluirse las zonas verdes inevitablemente debido a los beneficios que estas traen a la salud.

Uno de los objetivos de la terapia ocupacional es mejorar la calidad de vida de las personas con las que trabajamos, además de que sean lo más autónomas en la realización de las actividades de la vida diaria. Por ello, conscientes de los beneficios en la salud de las zonas verdes, sería interesante pensar cómo incluir estos beneficios en la población hospitalizada. Cada vez son más los proyectos en todo el mundo que empiezan a hacerse eco de los beneficios de las zonas verdes en entornos hospitalarios.

2 Objetivos

- Describir los beneficios para la salud de las zonas verdes.
- Exponer la importancia de la humanización de la asistencia hospitalaria de la mano de la incorporación en el entorno hospitalario de jardines terapéuticos.
- Dar a conocer posibles abordajes desde la terapia ocupacional en zonas verdes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, “Las zonas verdes y la salud. Visión desde la terapia ocupacional”, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo. Este artículo también está basado en la experiencia profesional.

4 Resultados

La evidencia científica habla de los beneficios de la naturaleza y de las zonas verdes en la salud. La literatura describe beneficios como el descenso en el ritmo cardíaco, la reducción de incidencia de enfermedad cardiovascular, descenso en la presión arterial e hipertensión, del cortisol salival, del colesterol LDL, del riesgo de diabetes tipo II. Reducción del asma y disminución del riesgo de parto prematuro. Mejora en la autopercepción de la salud, descenso del sentimiento de depresión y del índice de masa corporal. La literatura refleja que en situaciones de vulnerabilidad como es el conocimiento de un diagnóstico o a la hora de enfrentarse a tratamiento de rehabilitación prolongado, en las zonas verdes se reduce el estrés mental que tanto la noticia como la estancia en el hospital provocan. Los jardines terapéuticos o “healing gardens” aportan una nueva forma de

realizar ciertos tratamientos. Históricamente, los jardines eran parte fundamental del programa de rehabilitación de hospitales. Con los avances tecnológicos se fueron perdiendo y se están volviendo a rescatar. La diferencia principal de un jardín tradicional y un jardín terapéutico es que los elementos están técnica y estratégicamente dispuestos con la finalidad de buscar un objetivo terapéutico concreto. Los proyectos se elaboran desde un enfoque multidisciplinar: equipo terapéutico junto a paisajistas, biólogos e ingenieros agrónomos buscan la mayor funcionalidad. Está demostrado que estos entornos, al ser menos hostiles, se alcanzan los objetivos en menor tiempo debido a que el paciente está más receptivo y relajado, desapareciendo el “fenómeno bata blanca”.

En función de las necesidades existen diferentes jardines terapéuticos: jardín de rehabilitación (encaminado principalmente a la rehabilitación física), jardín de estimulación (donde desde terapia ocupacional se pueden guiar sesiones de estimulación multisensorial o de integración sensorial: en pediatría o en deterioro cognitivo la literatura refleja importantes resultados en los tratamientos), jardín de habilitación (en terapia ocupacional la bibliografía refiere beneficios en estos jardines a través de proyectos de huertos terapéuticos tanto en psiquiatría, geriatría o accidentes cerebro vasculares, entre otros), jardín restaurativo (este en concreto es un refugio emocional y físico especialmente pensado para diagnósticos como cáncer) o jardín contemplativo (encaminado al manejo de la ansiedad, estrés, burnout y/o el duelo).

El “Park Rx”, es un programa estadounidense de prescripción de naturaleza como tratamiento médico. Cada vez más se está haciendo “prescripción de receta verde” por parte de los profesionales sanitarios, recordando a los pacientes los beneficios de pasear o hacer deportes en parques. Puesto que es tan beneficioso, también había que favorecer el contacto con zonas verdes durante los ingresos. Destacar algunos jardines terapéuticos en hospitales, en Estados Unidos destacamos el Olson Family Garden; jardín terapéutico sobre la azotea del Hospital pediátrico de San Luis o el Dell Children’s Medical Center of Texas que consta de siete jardines con laberintos, estanques de peces y cascadas entre otros elementos dentro de su jardín terapéutico. En el Centro Médico de la UCSF en Mission Bay, el jardín terapéutico fluye sin barreras desde el interior hasta el exterior.

En Madrid también se están llevando a cabo diferentes proyectos en los que, teniendo en cuenta de la importancia de la humanización del paciente, se tiene en

cuenta el entorno terapéutico como facilitador a la hora de hacer el entorno hospitalario menos agresivo visualmente. El hospital La Paz ha incorporado en una de sus azoteas un jardín terapéutico, también se sumó el Hospital 12 de Octubre, en 2015. El Hospital Pediátrico Niño Jesús ha conseguido que “El Retiro invada el Niño Jesús”. Además, las zonas comunes exteriores de diferentes salas de hospitalización de la planta baja, se han transformado en jardines terapéuticos. En ellos, se pueden realizar sesiones de terapia asistida con perros, con objetivos de terapia ocupacional, logopedia o fisioterapia, según el caso concreto. Este último es el “Proyecto Yes We Can” que se está llevando a cabo con algunos casos de la Unidad de Daño Cerebral Adquirido de este hospital.

5 Discusión-Conclusión

Están ampliamente estudiados los beneficios de las zonas verdes para la salud. Los profesionales sanitarios apoyamos proyectos que promuevan la salud. Los jardines terapéuticos están íntimamente ligados a la dolencia, patología o trastorno que en ellos se pretende tratar y es por esta razón, que cada uno de estos entornos debe ser meticulosamente diseñado teniendo en cuenta las necesidades particulares del paciente. La terapia ocupacional por la relación con la mejora de la calidad de vida del paciente, en cuanto a la autonomía y el equilibrio de las áreas ocupacionales (autocuidado, productividad y ocio), somos unos profesionales muy adecuados a la hora de colaborar en el diseño de diferentes jardines terapéuticos además de ser una profesión que puede desarrollar objetivos terapéuticos en cada uno de esos jardines terapéuticos. Por lo que concluimos que sería interesante seguir incluyendo zonas verdes como áreas de rehabilitación y no sólo enfocado a la población pediátrica y además sería muy positivo que se incluyera en estos proyectos a la figura del terapeuta ocupacional tanto en el desarrollo teórico del proyecto, como a la hora de ponerlo en marcha.

6 Bibliografía

1. Liria, J. C. (2022). Proyecto de huertos terapéuticos para personas usuarias con esquizofrenia en el poniente almeriense. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 19(1), 69-72.
2. González Cruz, S. I. (2022). Diseño Arquitectónico como Elemento que Contribuye al Mejoramiento de la Salud Mental.
3. Castillo Moya, V. Programa de intervención en terapia ocupacional enfocada en TDAH y dificultades del aprendizaje en la escuela.

4. Santana-Bueno, M. V. (2021). La Arquitectura Hospitalaria. Clave para la deconstrucción del concepto de trastorno mental, mediante la terapia ocupacional y las artes productivas.
5. Mora Belda, I. M. La figura del terapeuta ocupacional en la capacitación y orientación laboral en personas con discapacidad intelectual.
6. Cáceres Guido, P., Varela, B. G., Bach, H. G., Balbarrey, Z., & Wagner, M. L. (2018). Espacios verdes en un hospital pediátrico de alta complejidad: beneficios, evaluación taxonómica y perspectiva. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(2), e267-e272.
7. Gonzalez, M. T., & Kirkevold, M. (2014). Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. *Journal of clinical nursing*, 23(19-20), 2698-2715.
8. Blaschke, S. (2017). The role of nature in cancer patients' lives: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC cancer*, 17(1), 1-13.
9. Siu, A. M., Kam, M., & Mok, I. (2020). Horticultural therapy program for people with mental illness: A mixed-method evaluation. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 711.
10. York, M., & Wiseman, T. (2012). Gardening as an occupation: a critical review. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 76-84.

Capítulo 788

EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO: TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA Y BRAQUITERAPIA.

ISABEL GARCÍA AGUDIN

1 Introducción

El cáncer de próstata es el tumor maligno más común en hombres. Generalmente, presenta buen pronóstico, ya que los avances en los tratamientos han ayudado a disminuir ampliamente la mortalidad, siendo en muchos casos el fallecimiento por otro motivo y no por el propio cáncer. En sus etapas iniciales, el cáncer de próstata clínicamente localizado se muestra generalmente sin síntomas. No obstante, a medida que aumenta el tamaño, puede producir problemas urinarios tales como dolor al orinar, presencia de sangre, falta de orina, etc. Todo ello, junto con un análisis físico, una analítica de PSA y una biopsia, nos darán los datos necesarios para detectar si nos encontramos ante un tumor maligno.

Hay diversos factores que influyen en la posible aparición del cáncer de próstata, entre ellos cabe destacar: la edad, siendo muy importante a partir de los 50 años, también hay determinados estudios, muestras que fumar y beber puede contribuir a la aparición, así como determinadas dietas ricas en grasas.

La elección del tratamiento es personalizada para cada paciente y entre los procedimientos actualmente disponibles para el cáncer de próstata localizado nos encontramos la vigilancia activa, la cirugía, la radioterapia externa y braquiterapia, estas dos últimas técnicas siempre con una finalidad curativa.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los mejores tratamientos curativos para los pacientes con cáncer de próstata, entre los que destacamos la radioterapia externa y la braquiterapia. Así como estos influyen en la calidad de vida de los pacientes que son sometidos a dichos tratamientos.

3 Metodología

Para la realización del tema se llevó a cabo una amplia revisión bibliográfica en revistas, libros y en Internet a través del buscador Google Académico, empleando como descriptores: cáncer de próstata, braquiterapia, radioterapia y calidad de vida. También se acudió a Fichas Técnicas disponibles en la página web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y en bases de datos del medicamento del CIMA.

4 Resultados

En general, la radioterapia se suele emplear en aquellos casos en los que el cáncer de próstata se encuentra en estadios iniciales, para poder controlar la enfermedad con extensión local y en todo caso regional y con fines paliativos, en donde hay metástasis y ya no es posible la curación. Hoy en día las dos modalidades presentes en este ámbito son: la braquiterapia y la radiación externa.

La braquiterapia supone una de las técnicas más utilizadas desde el inicio. Se aplica la radioterapia sobre la glándula con el mínimo daño a las estructuras limítrofes. No es considerada como opción en aquellos pacientes con una esperanza de vida inferior a 5 años o con aquellos con metástasis.

Hay dos tipos que destacar: braquiterapia de baja dosis en la que se implantan semillas radiactivas en el interior del paciente de manera permanente y braquiterapia de alta dosis que usa dosis muy altas de radiación por un tiempo limitado. Y respecto a la radioterapia externa, podemos decir que la radiación llega a los tejidos desde el exterior, dirigiendo los haces directamente sobre el tumor y evitando dañar al máximo el tejido sano y así disminuyendo los efectos secundarios. Ambas son empleadas, pero recordemos que siempre tratando cada caso de forma particular y totalmente individualizada y siempre teniendo en cuenta la calidad de vida del paciente después de tales tratamientos. Cabe destacar que la función sexual es uno de los efectos secundarios que más preocupa a los pacientes, de tal manera que la radioterapia externa afecta en menor medida en este caso que

la braquiterapia, que puede provocar mayor toxicidad respecto este tema, al contrario, sobre la función urinaria esta última presenta mejores resultados frente a la radioterapia externa.

5 Discusión-Conclusión

Después de llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se determina que la braquiterapia se presenta como el tratamiento de elección para aquellos pacientes de bajo riesgo y que su nivel de calidad de vida era bueno antes de iniciar el tratamiento. Uno de los factores determinantes para la elección de una opción u otra es aquella cuya afectación en la función eréctil sea menor. Si cabe destacar que una información adecuada sobre los posibles efectos secundarios conlleva una mejor aceptación de los mismos.

Aun así, cabe destacar que los tratamientos sobre el cáncer de próstata localizado han mejorado en los últimos años, aumentando la esperanza de vida a la par que una excelente calidad de vida, de tal manera que mucho de los efectos secundarios que se producían han ido disminuyendo. De tal manera que los pacientes sometidos a braquiterapia hablan de un tratamiento seguro, eficaz, con unas altas tasas de curación y permitiendo a los mismos mantener una buena calidad de vida tanto en el aspecto físico como desde una perspectiva de buena salud mental. Aunque la elección de un tratamiento u otro depende siempre de determinados factores y serán los médicos quienes determinen que técnica es mejor para el paciente, consiguiendo el mejor beneficio para el enfermo.

6 Bibliografía

1. Degroot JM, Brundage MD, Lam M, et al. Prostate cancer-specific survival differences in patients treated by radical prostatectomy versus curative radiotherapy. *Can Urol Assoc J*. 2013 May;7(5-6):E299-305. PMID:23766831 .
2. Sheets NC, Goldin GH, Meyer AM, et al. Intensity-modulated radiation therapy, proton therapy, or conformal radiation therapy and morbidity and disease control in localized prostate cancer. *JAMA*. 2012 Apr 18;307(15):1611-20. PMID: 22511689
3. Kim S, Shen S, Moore DF, et al. Late gastrointestinal toxicities following radiation therapy for prostate cancer. *Eur Urol*. 2011 Nov;60(5):908-16.

Capítulo 789

NORMAS HIGIÉNICO SANITARIAS A SEGUIR POR EL PINCHE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ISABEL MORENO SÁEZ

PATROCINIO ALFARO GARCIA

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

La nutrición proporcionada en los hospitales es la más complicada. Esto se debe a una variedad de elementos, como las interacciones entre diversos servicios (médico, enfermería, nutrición, compras, cocina, mantenimiento, etc.). Los pacientes deben recibir simultáneamente menús individualizados para una variedad de dietas diferentes en el tiempo. La dieta debe cambiarse con frecuencia para adaptarse a las necesidades del tratamiento. En la industria de producción de cocinas, los procesos fundamentales de preparación, almacenamiento, acabado/presentación y servicio de platos sencillos deben realizarse de acuerdo con los procedimientos de calidad establecidos, cumplir con las normas de higiene y seguir las disposiciones de prevención y protección de riesgos laborales y ambientales. En cualquiera de sus espacios, la cocina es un lugar de trabajo donde las normas de higiene y salubridad son sumamente importantes.

Según el punto de vista de la prevención de riesgos laborales, este tipo de normas salvaguardan no sólo la salud de los propios trabajadores sino también la de los consumidores de los productos que allí se procesan. El cumplimiento de estas normas es aún más crucial en las cocinas de los hospitales debido al vulnerable estado de salud de sus clientes, así como por la ubicación de la instalación dentro de un centro médico y el volumen diario de clientes a los que sirve. Como resultado, para seguir las reglas en el trabajo, el asistente del hospital debe conocer las leyes pertinentes.

2 Objetivos

Identificar la normativa aplicable higiénica sanitaria general y específica que debe de saber y conocer el pinche de cocina en el ámbito de las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar, además de distintas páginas de internet. Para ello se han utilizado palabras clave como regulación, higiene, salud, cocina, cocina hospitalaria, cocina, hospital, derecho y en libros entre todos los resultados en diferentes idiomas, se seleccionaron los escritos en español en los últimos años.

4 Resultados

Normativa europea. En el año 2000, la Comisión Europea publicó su Libro Blanco de Seguridad Alimentaria, que incluía sus prioridades estratégicas. Entre ellos, uno de los principales objetivos es lograr el mayor nivel posible de seguridad alimentaria dentro de la Unión Europea. Su fin último y principal es la seguridad alimentaria integral, en todo el proceso "desde la granja hasta el consumidor" para lograr un alto nivel de protección de la vida y la salud humana. También son imprescindibles las normas incluidas en los denominados Paquetes de Higiene, que incluyen los reglamentos 852/2004, 853/2004 y 854/2004 del Parlamento Europeo

y otras normas que los modifican y amplían. Esta normativa establece algunos principios básicos:

- Los establecimientos comerciales de alimentos tienen la responsabilidad principal de la inocuidad de los alimentos.
- Es necesario garantizar la seguridad alimentaria a lo largo de toda la cadena alimentaria, comenzando desde la etapa inicial de producción.
- Los alimentos que no puedan almacenarse de forma segura a temperaturas normales deben mantener una cadena de frío.
- Debe llevarse a cabo la aplicación general de procedimientos basados en los principios del Análisis de Peligros y Puntos de control crítico (APPCC) y buenas prácticas de higiene. Para ello, se necesita una guía de buenas prácticas.
- Los requisitos microbiológicos y de temperatura se basarán en una evaluación científica del riesgo.
- Debe asegurarse de que los alimentos importados tengan un nivel mínimo de higiene equivalente a los alimentos comunitarios. Normativa nacional.

Para aplicar la normativa europea, en España fue preciso establecer un marco legal acorde con lo propuesto por la Unión Europea. Para lograr este objetivo, en 2006 se dictó el Real Decreto 640/2006. Además, al amparo de lo dispuesto en el Reglamento, se han publicado diferentes guías de buenas prácticas para distintos puntos de la cadena de producción alimentaria.

Conceptos básicos:

La normativa europea y nacional, así como las guías de buenas prácticas, definen los conceptos básicos que debes conocer en este ámbito, a saber:

- Higiene alimentaria: medidas y condiciones necesarias para controlar los peligros y asegurar la idoneidad para el consumo humano de un producto alimenticio, teniendo en cuenta el uso previsto de dicho producto.
- Alimento: cualquier sustancia o producto destinado a la ingestión humana o que es razonablemente probable que lo sea.
- Productos primarios: productos de la producción primaria, incluyendo los de la tierra, la ganadería, la caza y la pesca.
- Establecimiento: cualquier unidad de la empresa en el sector alimentario.
- Transformación: toda acción que altere significativamente el producto original, incluidos el tratamiento térmico, el ahumado, el curado, la salazón, etc.
- Riesgo: la probabilidad de un efecto adverso para la salud y la gravedad de este efecto.

Como se ha indicado anteriormente, las normas se aplican en todos los puntos del proceso de producción, desde la granja hasta la mesa.

En nuestro caso, como pinche hospitalario, nos centraremos en los artículos que

cubren las salas de preparación, elaboración y transformación de alimentos, incluidas las cocinas hospitalarias:

- Las superficies de paredes, techos y suelos deben ser fáciles de limpiar, desinfectar y estar siempre en buenas condiciones.
- Las puertas y ventanas deben evitar la acumulación de suciedad, ser fáciles de limpiar, desinfectar y tener puertas mosquiteras.
- Se deben proporcionar instalaciones adecuadas para limpiar, desinfectar y mantener los equipos y herramientas de trabajo.
- Todos los elementos, instalaciones y equipos que entren en contacto con los alimentos deberán limpiarse y desinfectarse con la frecuencia necesaria para evitar el riesgo de contaminación, salvo que sean de un solo uso. - Los desechos y residuos de productos alimenticios deberán ser evacuados a la mayor brevedad y debidamente almacenados en instalaciones habilitadas al efecto, procediendo a su eliminación de forma respetuosa con el medio ambiente.
- El agua (líquida, hielo o vapor) utilizada en contacto con los alimentos debe ser potable.
- Todo el personal que trabaje en las zonas de manipulación de alimentos deberá mantener un alto nivel de limpieza y llevar ropa adecuada, limpia y, en su caso, protectora. Además, los operadores de empresas alimentarias son responsables de garantizar el cumplimiento de todas estas normas, incluida la formación, supervisión y orientación de los manipuladores de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

A partir del análisis de todos estos datos, teniendo en cuenta también el nivel de servicio requerido y el equilibrio entre los costes de inversión y desarrollo, se sugieren diferentes soluciones globales para satisfacer mejor una variedad de necesidades hospitalarias:

1. La normativa europea, junto con las leyes y directrices nacionales para los distintos ámbitos de trabajo, marcan las normas de buenas prácticas en la cocina.
2. El trabajo diario de los asistentes hospitalarios se ve afectado por estos estándares porque manipulan alimentos.
3. Para el cumplimiento de sus funciones, los auxiliares hospitalarios deberán ajustarse a la normativa vigente, por lo que deberán conocerla.

6 Bibliografía

1. AESAN. (s. f.). Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Agencia española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recuperado 27 de junio de 2020, de http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/principios_y_requ2.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 790

PREVENCIÓN DE ACIDENTES PARA EL PINCHE DE UNA COCINA DE HOSPITALARIA

ISABEL MORENO SÁEZ

PATROCINIO ALFARO GARCIA

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

Dadas las exigencias del trabajo a realizar y los diversos perfiles de trabajadores de cocina que existen –incluidos profesionales con experiencia demostrada y otros– en la cocina de un gran hospital, existen numerosos riesgos físicos que el personal de cocina puede experimentar quienes tienen menos bagaje y experiencia, lo que hace real la posibilidad de sufrir un accidente. Para que el personal de cocina reduzca riesgos y prevenga accidentes, el conocimiento y el uso adecuado de las herramientas son fundamentales.

Es importante tener en cuenta que existe una ley que aborda la prevención de riesgos laborales, concretamente la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, que recoge los deberes y derechos de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales y evitar todo lo que pese más de 3 kg

se considerará carga y todo lo que pese más de 25 kg se considerará carga porque manipular objetos tan pesados podría resultar peligroso incluso en condiciones ergonómicas ideales.

Para determinar cómo afecta la mala manipulación de la carga a la salud, debemos observar los factores más importantes, incluido el peso de la carga. Para tratar de reducir las lesiones provocadas por un manejo inadecuado de la carga, se recomienda analizar una situación potencialmente peligrosa utilizando los criterios enumerados en su guía. Si no podemos utilizar ayudas mecánicas, debemos comprobar si la tarea es arriesgada.

2 Objetivos

- Dar a conocer los principales riesgos que el pinche de cocina puede sufrir, existentes en una cocina de hospital y cómo evitarlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en varios libros sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de varias páginas de internet y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Existen numerosos riesgos laborales en una cocina de hospital, pero entre ellos destacan los siguientes:

- Ante el riesgo de caídas: es importante mantener ordenada la zona en la que se va a trabajar, recoger y limpiar líquidos, grasas o cualquier derrame que hayan caído al suelo, y además utilizar calzado homologado y antideslizante.
- Para evitar colisiones con nosotros y mejorar la visibilidad, encienda las luces nada más entrar en las cámaras. Además, organiza las áreas.
- Sobreesfuerzos: utilizar los carros para transportar bandejas de comida, pedir ayuda a otras personas si necesitas transportar algo especialmente pesado y seguir las pautas de manipulación de carga marcadas en los protocolos de prevención de riesgos.

- Sobrecarga física y fatiga postural: cambiar de tarea, alejarse de posiciones que puedan provocar sobreesfuerzos o daños físicos.
- Explosión y Fuego: Enciende las estufas mientras acercas la llama de encendido lo más que puedas. Los productos químicos deben usarse correctamente, lo que requiere que leamos las instrucciones del material específico que planeamos usar y respete las instrucciones del proveedor.
- Herramientas y objetos que puedan provocar cortes: extremar la precaución al utilizar cuchillos u otros elementos que puedan provocar cortes.
- Contacto térmico: Llevar el equipo de protección personal adecuado. Por este motivo debemos evitarlos.

Utilizar una mecánica corporal adecuada, levantar objetos frecuentemente con dos personas y evitar lesiones menores puede ayudar a los trabajadores a evitar el desarrollo de problemas de salud graves que podrían costarles sus empleos o dejarlos discapacitados.

La manipulación de carga es una tarea frecuente en las cocinas de los hospitales, por lo que es fundamental comprender los riesgos de hacerlo incorrectamente y las formas adecuadas de hacerlo para que podamos completar nuestro trabajo sin correr el riesgo de lastimarnos.

Si el riesgo de manipulación no puede eliminarse por completo, es necesario evaluar tanto los riesgos aceptables como los riesgos tolerables, aquellos para los cuales no se requieren mejores medidas preventivas, pero se pueden buscar mejores soluciones.

5 Discusión-Conclusión

Para evaluar los cambios que son necesarios realizar en la cocina para reducir la accidentalidad, se sugiere la formación de grupos de trabajo multifuncionales con representación de todos los puestos que actualmente se ocupan en la cocina de un hospital. Además, es fundamental valorar la posibilidad de ofrecer programas de formación en prevención de riesgos para el personal de cocina. Estos programas cubrirían técnicas adecuadas de manejo de carga, evitando posturas riesgosas y conocimientos fundamentales de primeros auxilios.

6 Bibliografía

1. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=01/04/2020-c99019605c>.

2. <https://diariosanitario.com/las-cocinas-hospitalarias-se-ponen-al-dia-en-prevencion/>.<https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-cocina-hospitalaria/>.
3. <http://www.editorialmeta.es/libros/sas/pinches-sas-volumen-II-paginas-de-prueba.pdf>.

Capítulo 791

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU CONOCIMIENTO SOBRE LAS DIETAS Y SU CLASIFICACIÓN

ISABEL MORENO SÁEZ

PATROCINIO ALFARO GARCIA

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

La gestión de la dieta será una parte crucial de las tareas diarias del personal de cocina de un hospital.

Cabe señalar que una dieta bien equilibrada debe proporcionar los nutrientes esenciales para garantizar que el cuerpo del paciente se desarrolle y se mantenga de forma saludable.

En un hospital existen muchos tipos diferentes de dietas.

La dieta básica será la que más destacará porque es la más cercana a la dieta normal que podría consumir una persona sana. Sin embargo, también existen dietas terapéuticas, que tienen como objetivo ayudar a tratar la enfermedad del paciente que ha ingresado en un centro de salud.

Dependiendo del estado del paciente, puede ser necesario ofrecer servicios generales o intensivos que puedan mejorar su salud mientras se encuentra en el hospital. El diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento médico de un paciente, así como su dieta durante y, en algunos casos, después de su hospitalización, afectan su recuperación.

Las dietas hospitalarias son un componente del concepto de hospitalización que enfatiza la recuperación, el mantenimiento o la prevención de la salud del paciente.

A la hora de crear este plan de alimentación se debe tener en cuenta la cantidad de calorías diarias necesarias y, en la medida de lo posible, tener en cuenta las preferencias de los pacientes hospitalizados. Se asignan en función de las necesidades nutricionales del paciente: mientras que algunos no requieren una dieta especial, otros deben seguir una dieta hipercalórica o hipocalórica, por ejemplo. Esto significa que no se entregan al azar, sino que son una parte necesaria de la atención médica.

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales características de la clasificación de las dietas terapéuticas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los diferentes tipos de dietas hospitalarias son diseñadas con el propósito de brindar a cada paciente una nutrición adecuada, ya sea dentro o fuera del hospital, acompañando el tratamiento médico y mejorando la condición del usuario. Estos planes alimentarios son realizados por especialistas nutriólogos, una de las ramas de la nutrición y dietética, que se enfocan en elaborar opciones que cumplan con

las exigencias nutricionales de cada paciente. A continuación describimos como son cada dieta.

- La dieta basal:

También denominada normal o actual, es la que un paciente puede seguir en casa manteniéndose sano. Como mencionamos en nuestra introducción, es lo más parecido a lo normal.

La dieta más habitual en los hospitales no suele superar las 2.500-3.000 Kcal al día. Con un peso de 50 a 55 por ciento de carbohidratos, 30 a 35 por ciento de grasa y 15 por ciento de proteína, ofrece una porción bien equilibrada de nutrientes. Esta dieta se puede ofrecer en una consistencia regular o en una forma fácil de masticar.

- Dietas esenciales que constituyen la piedra angular del tratamiento.

Estas dietas se clasifican como dietas terapéuticas porque ayudan en el tratamiento de las enfermedades de los pacientes. Dietas utilizadas como cuidados paliativos, como cuando una alergia alimentaria es la causa de la enfermedad.

- Dietas destinadas a prevenir enfermedades.

Se puede realizar una clasificación de las dietas dentro de estas tres categorías de la siguiente manera:

-Por modificación de textura: líquido claro, de apariencia o transición, suave y ligero.

-Dietas que modifican la energía: hiperenergética, hipoenergética o ambas. Las dietas que modifican los carbohidratos incluyen aquellas que son hipoglucemiantes, ricas en fibra o laxantes y astringentes. Las dietas que modifican los lípidos incluyen dietas bajas en grasas, reductoras del colesterol, altas en grasas y cetogénicas.

-Dietas hipoproteicas, sin gluten, bajas en tiamina, dopamina y purinas para la modificación de proteínas.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia que tienen las dietas para los pacientes mientras están en el hospital, se sugiere la posibilidad de brindar platos adicionales que el paciente pueda seleccionar para personalizar su dieta según sus preferencias dentro de los parámetros de sus requerimientos dietéticos.

Tras la investigación realizada se aconseja que el servicio de nutrición y dietética realice sesiones de formación al personal de cocina del hospital, para que este sea consciente de la importancia que tiene la alimentación en los pacientes que

ingresan en el centro y, además de conocer de los objetivos de las prácticas dietéticas nutricionales, gastronómicas, culturales y religiosas.

6 Bibliografía

1. <https://mastershosteleria.com/dietas-hospitalarias-principales-tipos/>.
2. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon.